



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

112424
6

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

MORBIMORTALIDAD EN EL SERVICIO DE
MEDICINA MATERNO FETAL

TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PRESENTA LA
DRA. OLGA PATRICIA GARCIA LOPEZ
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
SUBESPECIALIDAD EN MEDICINA
M A T E R N O F E T A L

ASESOR DE TESIS DR. EDUARDO MEJIA ISLAS



ISSSTE

2003

A

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**

I. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
DR. ADOLFO LÓPEZ MATEOS
★ SET. 22 2003 ★
COORDINACIÓN DE CAPACITACIÓN
DESARROLLO E INVESTIGACIÓN

[Handwritten signature]
DR. JULIO CESTINA DÍAZ BÉCERRA
COORDINADOR DE CAPACITACIÓN DE DESARROLLO E INVESTIGACIÓN

I. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
DR. ADOLFO LÓPEZ MATEOS
★ SET. 22 2003 ★
JEFATURA DE
INVESTIGACIÓN

[Handwritten signature]
DR. LUIS SANCHEZ ALVAREZ
JEFE DE INVESTIGACIÓN

[Handwritten signature]
DRA. GABRIELA SALAS PÉREZ
JEFE DE ENSEÑANZA

SUBDIVISION DE INVESTIGACION Y DESARROLLO
DIVISION DE INVESTIGACION Y DESARROLLO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ENTRADA
26 SET. 2003
Subdirección de
Enseñanza e
Investigación

RECIBIDO CON
FOLIO DE ORIGEN

B



DR. EDUARDO MEJIA ISLAS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO



DR. EDUARDO MEJIA ISLAS
ASESOR DE TESIS



DR. MIGUEL ANGEL SERRANO BARRONES
VOCAL DE INVESTIGACION

C

TESIS CON
TALLA DE CINCPM

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
OBJETIVOS	9
MATERIAL Y METODOS	10
RESULTADOS	12
ANÁLISIS	16
CONCLUSIONES	17
TABLAS	22
GRAFICOS	25
BIBLIOGRAFÍA	28

D

TESIS CON
FALLA DE CUBIERTA

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y abierto en el servicio de Medicina Maternofetal en el período comprendido del 1º de Enero del 2002 al 31 de Enero del 2003, con la finalidad de analizar los resultados perinatales así como valorar la productividad y eficacia de nuestro servicio y lograr la mejor canalización de los recursos disponibles. Las variables principales encontradas como motivo de envío fueron: edad materna avanzada, Rh negativo no isoimmunizada, preeclampsia leve, miomatosis uterina, circular de cordón y antecedente de muerte perinatal.

Las principales patologías congénitas fueron, labio leporino, pie equino varo, displasia tanatofórica, restricción del crecimiento intrauterino y síndrome de Down.

La vía de interrupción del embarazo más frecuente fue la abdominal, no se encontró mortalidad materna en este período, la mortalidad neonatal fue baja debido principalmente a la prematurez y sus consecuencias, la morbimortalidad neonatal aumentó en casos de embarazo gemelar, madre añosa, trastornos hipertensivos asociados al embarazo y síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.

Un 5% de las pacientes se atendieron en otra unidad hospitalaria por motivos personales o fueron trasladadas por falta de espacio físico en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Se realizaron 1800 ultrasonidos y 2290 registros cardiotocográficos, al 80% de las pacientes se les administró esquema de inductores de madurez pulmonar, a un 69% se les realizó prueba de escrutinio para descartar Diabetes gestacional y a un 87% se les solicitaron marcadores para preeclampsia.

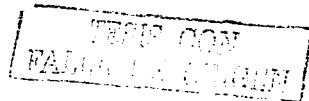
SUMMARY

One carries out retrospective, transverse, descriptive study and opened up in the fetal Maternal service of medicine in the understood period of the 1º January from the 2002 to the 31 January of the 2003 with the purpose of analyzing the results perinatales, in order to value the productivity and effectiveness of our service and achieve the best canalization in the available resources. The opposing main variables as shipment reason were: advanced maternal age, Rh negative non isoimmunized, light preeclampsia, uterine miomatosis, to circulate of cord and antecedent of death perinatal.

The main congenital pathologies were, harelip, foot equine varo, displasia tanatoforica, restriction of the intra uterine growth and syndrome de Down. The road of interruption of the most frequent pregnancy was the abdominal, there was not maternal mortality in this period, the mortality neonatal was low mainly to the prematurity and it's consequence, the morbimortality neonatal increases at pregnancy twins, old mother, pregnancy and hipertensive and syndrome of antibodies antifosfolípidos.

5% of the patients was assisted in another hospital unit by personal reasons or they transferred by lack of physical space in the unit of cares intensive neonatais.

We was realized 1800 ultrasonography and 2290 registrations cardiotocograficos, to 80% of the patients are administred outline for induce of lug maturity, to 69% you him screening test to discard Diabetes gestacional and to 87% you him requested markers predictivos de preeclampsia.



MORBIMORTALIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA MATERNO FETAL

INTRODUCCION

Desde hace bastantes años se identificaron dos grupos de gestantes en la práctica clínica : uno que planteaba pocos problemas y sus resultados perinatales eran muy buenos; otro presentaba habitualmente complicaciones, más o menos graves, y sus resultados perinatales maternofetales eran malos. Este simple hecho de observación fue la base para determinar un colectivo que requiera un tipo de proceso y estrategia asistencial muy distinto, tanto desde el punto de vista profesional como estructural. A partir de este momento y asumiendo este concepto se ha ido perfilando de manera más o menos fructífera el marco o punto de referencia que delimitaba cuando una paciente debía incorporarse en uno u otro grupo. (3)

Definición de riesgo obstétrico

Se define como riesgo obstétrico la probabilidad de que se produzca una situación deletérea inesperada. En medicina materno fetal específicamente puede ocurrir un final no deseado tales como: muerte perinatal, restricción del crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal intraparto, asfisia neonatal, impedimento motor o intelectual posnatal, parto prematuro, anomalías congénitas, o enfermedad específica (eritroblastosis, fetopatía diabética, etc.). (2)

El riesgo fetal se estima realizando un importante número de observaciones, algunas de las cuales se llevan a cabo a nivel materno, otras se desprenden de la historia clínica y otras son secundarias a los resultados de determinadas exploraciones complementarias. De todas maneras, el principal problema es que, a excepción del diagnóstico de muerte fetal por la desaparición del latido cardíaco, las otras observaciones no son definitivas y deben conjuntarse muchas para acercarnos al diagnóstico. Asimismo, en muchas ocasiones, las pacientes no tienen un único factor considerado de riesgo, lo cual implica que el riesgo global de un embarazo determinado, dependerá del conjunto de los factores de riesgo concomitantes. (2).

En cualquier caso y como afirma Arias(1) hay dos circunstancias que constituyen principalmente situaciones de riesgo; la primera de ellas está relacionada con pacientes con antecedentes de mal historial obstétrico o con situaciones patológicas bien establecidas; la segunda , y la más importante por su frecuencia , es aquella correspondiente a pacientes que controlan su embarazo y, en un momento dado, desarrollan una complicación inesperada. Estas últimas frecuentemente requieren decisiones difíciles y no es extraño que la evolución fetal o materna sea desfavorable. De ahí la importancia de poder identificar oportunamente este colectivo de pacientes, con el fin de adelantar el diagnóstico y, a su vez, la eventual terapéutica, y así minimizar los efectos negativos sobre el proceso gestacional. La terapéutica, como puede suponerse, puede estar encaminada hacia el propio factor o bien a prevenir el impacto deletéreo. (2)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la siguiente tabla se citan algunos ejemplos.

Terapéuticas más utilizadas en alto riesgo obstétrico

**Parto prematuro (cesárea o inducción).
Reposo**

**Control (ecográfico, biofísico de la frecuencia cardiaca fetal, estudios hemodinámicos,
bioquímicos, etc.).**

**Administración de fármacos (hipotensores, betamiméticos, corticoides, etc).
Intervenciones quirúrgicas intraparto.**

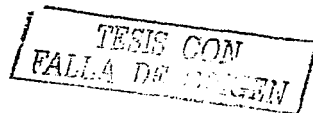
Control intensivo neonatal.

Finalización del embarazo por anomalías congénitas.

No todos los factores tienen un riesgo definido. Así por ejemplo , la diabetes añade a la gestación un riesgo bien establecido y por ello se requiere un tipo de asistencia ante, intra y posparto especial. Sin embargo el hecho de que otros factores estén presentes no significa que irremediamente habrá un mal resultado final, sino que tan solo existe una probabilidad, superior a lo normal, de que se presente. Para definir cierta cuantificación global de la situación peligrosa, se han creado gran cantidad de tablas que mediante puntuaciones (scores) cuantifican, al final el riesgo global. La metodología utilizada es similar en todas ellas. Se adjudica un número (cuantifica) a cada factor de riesgo, se suma el total y se define un riesgo determinado. De todas maneras el problema estriba asimismo en que cada factor puede tener distinta potencia en función de su intensidad.

Asimismo, existe una problemática todavía más compleja. Cada factor suele tener el riesgo de algunas anomalías determinadas y, por lo tanto cada factor tiene distinto(s) riesgo(s). Así, ello no implica que la presencia de varios provoque una progresión aritmética de la probabilidad de riesgo, y la presencia de dos factores , en multitud de ocasiones, no implica sistemáticamente el doble de riesgo, ni tan solo un riesgo superior al doble de uno de estos dos factores.

Pero lo realmente problemático es la definición de un factor determinado como factor de riesgo. Es decir de que manera se demuestra que un factor es capaz de provocar lo que se le imputa. En la mayoría de las ocasiones, se ha determinado en base a estudios retrospectivos de una población determinada. Pero los resultados solo son aplicables en esa población y no puede ser aplicada a otra que este alejada geográficamente o en el tiempo.

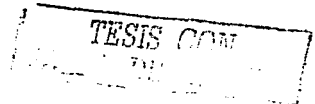


Una cuestión adicional es la manipulación de los datos con el fin de calcular el peso de cada factor de riesgo. A su vez la paradoja terapéutica es, cuando se identifica un factor, se pone en marcha el soporte asistencial pertinente que logra, en la mayoría de las ocasiones que el efecto negativo que sería provocado por él no aparezca; así al final en el momento de cuantificar los factores, actualizando sus potencias puede ocurrir que lo que antes era una asociación haya desaparecido, gracias al efecto terapéutico (paradoja). (2)

La selección de un punto de corte determinado, implica conocer la distribución del riesgo dentro de una población y a partir de ahí asumir que nivel se considera normal para esa población. Lo cual desde la óptica de política sanitaria tiene una importancia capital.

La identificación de un factor de riesgo, en muchas ocasiones determina una actuación sanitaria específica, que en ciertos casos, provoca la disminución del impacto negativo. De todas maneras, en muchas otras ocasiones, existen serias dudas de que cualquier actuación médica pueda minimizar el riesgo de algunos factores (p.ej., las causas del parto prematuro o bien de la restricción del crecimiento intrauterino). Por lo tanto, los factores de riesgo deben contemplar no tan solo su efecto negativo, sino también la posibilidad de modificar el efecto deletéreo. Así las publicaciones más recientes han determinado el escaso efecto de las puntuaciones de riesgo. (7).

El objetivo de una recolección de datos retrospectiva en una población es no tan solo la identificación de este colectivo, sino también la elaboración de un pronóstico de la evolución ya que la intervención médica, en determinadas ocasiones, puede modificarla. Un ejemplo muy demostrativo de esta acción es la diabetes. La falta de asistencia adecuada motiva que la enfermedad se manifieste de manera más negativa (fetopatía diabética en sus diferentes versiones), mientras que la actuación médica protocolizada evita en gran medida los efectos adversos. Esta acción comporta que la actuación médica sea la adecuada y, muy especialmente, en el medio adecuado; de ahí que la identificación y la catalogación de los factores de riesgo permitan remitir a la paciente al centro asistencial del nivel pertinente. Como es de suponer no debe asistirse a todas las pacientes en los mismos niveles de complejidad.



Orientación Preconcepcional.

Es importante señalar que las pacientes con factores de riesgo deberían ser estudiadas previamente antes del embarazo con el fin de evaluar las posibilidades de éxito reales de la inmediata gestación y que tipo de estrategia de estudio y tratamiento debe aplicarseles.

Clásico ejemplo el nuevamente la diabetes, es sabido que la normalización del metabolismo hidrocarbonado en los primeros momentos de la gestación (primeros estadios embrionarios) provoca una disminución muy significativa de la tasa de malformaciones y de abortos en el primer trimestre. (3).

En otras ocasiones, la conclusión del estudio prenatal debe ser la contraindicación del embarazo, como en ciertas cardiopatías (síndrome de Eisenmeyer). De todas maneras, no siempre se dispone del conocimiento suficiente para emitir el juicio pronóstico sobre una eventual gestación sobre la base de los factores de riesgo de una paciente. Así en ciertos casos de pérdidas fetales/neonatales previas, es difícil establecer una causa concreta de mal resultado perinatal o identificar el factor específico que debe tratarse o solventarse antes del nuevo embarazo. Las informaciones aportadas por las pacientes, así como los resultados de los estudios previos, incluidas las necropsias, no siempre aportan datos y, por tanto en determinadas ocasiones el médico debe establecer un juicio apriorístico poco fundado. De ahí la trascendental importancia de los estudios exhaustivos, hasta los últimos niveles, de cada episodio de mala evolución perinatal, pensando en todo momento en el futuro generativo de la paciente.

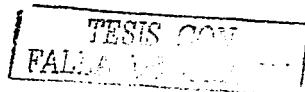
Niveles de riesgo.(2)

Riesgo 0. Cuando no se ha identificado ningún factor de riesgo.

Riesgo 1. Cuando la gestante presenta factores de riesgo muy frecuentes, pero de baja sensibilidad y especificidad.

Riesgo 2. Cuando la gestante presenta factores de riesgo relativamente frecuentes y con una sensibilidad y/o especificidad relativamente elevadas.

Riesgo 3. Cuando la gestante presenta factores de riesgo poco frecuentes, pero con sensibilidad y especificidad altas.



Control del embarazo de alto riesgo.

El control de los embarazos denominados de alto riesgo comporta el diagnóstico precoz de las anomalías y su grado, el tratamiento en su caso y el control de su impacto sobre el proceso gestacional, e inversamente el impacto del proceso gestacional sobre las situaciones patológicas. Así los objetivos de tratamiento están encaminados a conseguir los siguientes puntos:

- 1.-Determinar adecuadamente la edad gestacional.
- 2.-Diagnosticar las anomalías congénitas.
- 3.-Detectar los trastornos del crecimiento fetal.
- 4.-Diagnosticar y determinar el grado de severidad de la asfixia fetal aguda y/o crónica.

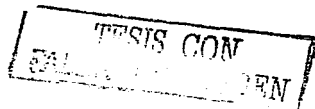
Para lo anterior se recurre a gran número de puntos, inicialmente la exploración física, seguido de métodos bioquímicos, hormonales y biofísicos, Estudio de la frecuencia cardíaca: registro cardiotocográfico, sea prueba estresante o sin estrés; Perfil biofísico: registro cardiotocográfico, movimientos corporales, movimientos respiratorios, tono fetal, líquido amniótico. O bien hemodinamia fetal: flujometría doppler. (9),(10)

Definiciones internacionales.

La organización mundial de la salud (OMS) define como muerte materna aquella que tiene lugar durante la gestación o durante las 6 primeras semanas del puerperio, independientemente de la causa que la haya motivado, excluyendo las accidentales. Hoy día se prefiere sustituir el término materna por el de relacionada con el embarazo, que permite la inclusión de las muertes por procesos relacionados con la maternidad: ectópicos, abortos, molas.

Tasa de mortalidad materna.

Es la relación entre el número de muertes maternas, en un período determinado (habitualmente un año), y el número de nacidos vivos y muertos durante ese mismo período. Esta relación se expresa en unidades por 100,000 nacidos.(2).



Factores de riesgo de muerte materna.

- 1.- Raza, nivel de estudios, nivel socioeconómico.
- 2.- Edad de la gestante.
- 3.- Paridad.
- 4.-Estado civil.
- 5.-Cuidados prenatales deficientes.
- 6.-Cesárea.
- 7.-Unidad hospitalaria.

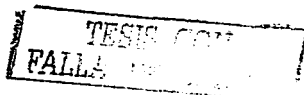
Causas de muerte relacionadas con la gestación.

Directas: la muerte se produce como consecuencia de complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto y/o el puerperio, o como el resultado de la omisión o la aplicación de tratamientos o técnicas quirúrgicas incorrectas.

Indirectas:La muerte se produce como consecuencia del agravamiento de una enfermedad previa a la gestación.

Factores de riesgo feto-neonatal.

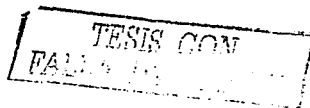
Factores étnicos, culturales, socioeconómicos; prematuridad y peso al nacer; edad de la madre; atención prenatal; nivel de hospital; hábitos tóxicos, paridad, enfermedades maternas, patología obstétrica, patología fetal, complicaciones del trabajo de parto y vía del parto.



Hace ya algunos años que Robert Nesbitt (3) sentó las bases de la atención prenatal selectiva, al demostrar que un grupo pequeño de embarazadas daban lugar a una elevada mortalidad perinatal; a partir de entonces han aparecido múltiples publicaciones, señalando las diferentes patologías que pueden asociarse con el embarazo y que tienen una notable repercusión sobre el producto de la concepción, estas patologías varían de acuerdo a las características de la población atendida por cada institución debiendo optimizar los recursos disponibles utilizándolos en las pacientes que en realidad los requieran, con la finalidad de disminuir nuestras cifras de morbilidad y mortalidad.

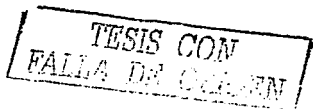
El presente trabajo evalúa la morbilidad en el servicio de Perinatología del Hospital Licenciado Adolfo López mateos; así como una parte de su productividad en un año, del primero de enero del 2002 al 31 de diciembre del 2002

Con la finalidad de comparar estos resultados con estudios posteriores, asimismo evaluar los criterios actuales y metodología utilizada en el servicio de medicina materno-fetal (perinatología).



OBJETIVOS

- Conocer las patologías más frecuentes en la Unidad de embarazo de alto riesgo o medicina materno fetal del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.
- Identificar la causa más frecuente de morbimortalidad materna y perinatal.
- Conocer si la frecuencia de las diferentes patologías se modifica con los años.
- De acuerdo a los hallazgos normar procedimientos de detección temprana de las patologías más frecuentes.



MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, y abierto. Con la finalidad de conocer la morbilidad en el servicio de Perinatología del Hospital regional Lic. Adolfo López Mateos; así como evaluar su productividad durante el período comprendido del 1º de Enero del 2002 al 31 de Enero del 2003. Para lo cual se revisaron los expedientes del servicio que asistieron a la consulta de embarazo de alto riesgo en este período.

La revisión y el análisis de los expedientes clínicos fué con el propósito de investigar el comportamiento de las múltiples enfermedades que pueden acompañar el embarazo y por tanto considerarse de alto riesgo.

Criterios de inclusión.

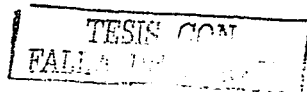
- Pacientes con expediente abierto completo en el archivo interno de nuestro servicio.
- Pacientes cuya resolución se lleve a cabo en la institución.
- Toda paciente embarazada en el lapso indicado.

Criterios de exclusión.

- Ausencia de expediente.
- Pacientes que culminaron su embarazo fuera del Hospital Licenciado Adolfo López Mateos.
- Expediente clínico materno y/o neonatal incompleto.

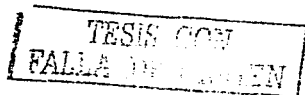
Criterios de eliminación.

- Pacientes cuya resolución del embarazo se lleve a cabo fuera de nuestra institución a pesar de haber llevado control prenatal en nuestro servicio.



Una vez obtenidos los datos de los expedientes se procedió a determinar la frecuencia y porcentaje de las siguientes variables: edad materna, paridad, edad gestacional en que inicia el control por nuestro servicio, vía de interrupción del embarazo; sexo, peso, Apgar y capuro del producto; obitos, patologías congénitas, mortalidad neonatal, pacientes que son remitidas a obstetricia riesgo normal así como atención en otra unidad hospitalaria.

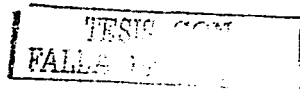
También se investigaron el total de estudios realizados en las pacientes tales como ultrasonidos, registros cardiotocográficos y amniocentesis.



RESULTADOS

En el período comprendido del 1º de Enero del 2002 al 31 de Enero del 2003 fueron revisadas un total de 675 pacientes encontrando que las primeras causas de envío nuestro servicio se encuentran:

- 1.-Edad materna avanzada.
- 2.-Sin riesgo real.
- 3.-Rh negativa no isoinmunizada.
- 4.-Preeclampsia leve.
- 5.-Miomatosis uterina.
- 6.-Restricción del crecimiento intrauterino.
- 7.-Cesárea iterativa.
- 8.-Hipertensión arterial crónica.
- 9.-Embarazo gemelar.
- 10.-Antecedente de óbito.
- 11.-Antecedente de producto malformado.
- 12.-Antecedente de esterilidad e infertilidad.
- 13.-Circular de cordón.
- 14.-Cardiopatías.
- 15.-Endocrinopatías(hipertiroidismo, hipotiroidismo, diabetes pregestacional, gestacional).



Edad materna.

Un 3% correspondieron a edad menor a 20 años, el 38.81% de las pacientes entre 21 y 30 años, la mayoría se encontraron entre los 31 y 39 años con un 42.96% y aquellas con edad mayor a los 40 años en un 14.51%.(5).

Paridad.

Fueron primigestas en un 20%, secundigestas en un 32% y con más de tres gestas en un 48%.(5).

Edad gestacional de envío.

El inicio del control prenatal en Perinatología en aquellas menores de 20 semanas fue de 12%, entre 21 y 30 semanas de 30.9% y de 31 a las 40 semanas 56.8%. Una fue enviada después de las 40 semanas 0.14%. (tabla 4).

Via de interrupción.

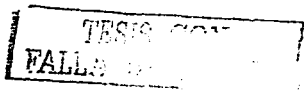
Marcadamente el 97% correspondió a la vía abdominal: cesárea y el restante fue vía vaginal.

Sexo de los productos.

El 64% correspondieron al sexo femenino y el 36% al sexo masculino. Con pesos inferiores a los 2,000grs solo el 4.2%, el 35.7% pesaron entre 2,000grs y 2,999grs, el 59.4% con un peso de 3,000 grs y 3,999grs. Solo el 0.59% pesaron más de 4,000grs.

Apgar.

El Apgar al minuto fue mayor de 8 en el 59% de los casos, menor de 7 en el 7.40%. A los 5 minutos fue mayor de 8 en el 49.92% de los productos y menor de 7 en el 50.07%. En lo referente al Capurro el 93% fue de término (37 a 40 semanas). El 6.18% de 30 a 36 semanas, solo el 0.82% fueron posttérmino. (tabla 6).



Se encontró un solo caso de óbito que correspondió a una paciente de 29 años GIV portadora de anticuerpos antifosfolípidos, con antecedente de un óbito previamente a las 27 semanas, se realizó cesárea a las 28 semanas por óbito con peso de 800grs, capurro 26 semanas.

De los productos con una alteración congénita la más frecuente fue restricción del crecimiento intrauterino, seguido de pie equino varo y labio paladar hendido.

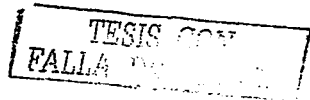
Durante el período de 1 año se reportaron un total de 45 defunciones en UCIN, de las cuales solo 4 correspondieron a pacientes de perinatología, estas correspondieron a una muerte neonatal de embarazo gemelar de 30 semanas con hemorragia intraventricular, el segundo por membrana hialina, otro por displasia tanatofórica y el último por asfixia.

Las pacientes que se enviaron a obstetricia de riesgo normal fue en un porcentaje de 6%. En los que no se corrobora riesgo perinatal. La resolución del embarazo se llevo a cabo en el hospital en un 84%, se trasladaron un 2% y el 14% se atendieron en otra unidad hospitalaria.

El número de ultrasonidos realizados en el año 2002 fueron de 1800, de manera global, con un mínimo de 3 por paciente y máximo de 12. Con un promedio de 2 ultrasonidos por paciente, en todas se corroboró al menos un ultrasonido por paciente.

Los registros cardiocardiográficos fueron un total de 2,290 en las pacientes citadas, como mínimo de 4 y máximo de 22, en promedio se realizó en cada paciente 4.65% registros.

En el 64% se realizarón amniocentesis para valorar madurez fetal . Y en el 5% como amniocentesis genética.



ANALISIS

Se analizaron un total de 675 expedientes, los cuales no son el total de las pacientes que llevaron el control prenatal en el servicio de Perinatología, ya que se omitieron los expedientes incompletos tanto maternos como de recién nacidos. Comprendidos en el período del 1º de enero del 2002 al 31 de enero del 2003.

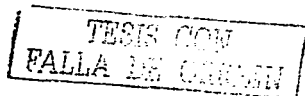
Nosotros detectamos que las cinco patologías más frecuentes de referencia a nuestro servicio son en orden de frecuencia: (tabla 1).

- Edad materna avanzada.
- Antecedente de esterilidad e infertilidad.
- Rh negativo no Isoimmunizada.
- Endocrinopatías.
- Embarazadas sin riesgo.

Como principal causa de envío lo constituyó la edad materna avanzada con 70 casos y pese a que no tenían alguna patología agregada se continuo su manejo a nuestro cargo encontrandose durante su evolución y desenlace patologías como: diabetes gestacional, restricción del crecimiento intrauterino, polihidramnios (sin patología congénita) y preeclampsia.

De estas, el antecedente de esterilidad o infertilidad, así como las pacientes Rh negativas no isoimmunizadas son pacientes en las cuales no se justifica un riesgo real y que bien pueden continuar el control prenatal en el servicio de Obstetricia riesgo normal, o en su defecto Biología de la reproducción (antecedente de esterilidad e infertilidad). De esta manera optimizando recursos en pacientes que realmente lo requieren. Correspondieron 35 casos para pacientes sin riesgo, de las cuales 15 fueron por orden superior y de Rh negativo no isoimmunizada 20 casos. Entre otras causas que se consideran sin riesgo fueron 235. total. (tabla 8 y 9).

En cuanto al control prenatal que inicia en nuestro servicio el 7% fue antes de las 20 semanas, después de las 20 semanas en un 68.35% y después de las 30 semanas en un 24.65%. Como causa del gran porcentaje después de las 20 semanas, probablemente sea porque gran parte de las patologías como diabetes gestacional o preeclampsia, entre otras, se manifiestan precisamente en estos momentos. (tabla 4).



La vía de interrupción del embarazo en nuestras pacientes predominó la abdominal con un 94%, por indicaciones como: antecedente de parto con intervalo mayor a 5 años, cesárea previa, placenta previa, parto pretérmino o diabetes.

No encontramos mortalidad materna en el período comprendido de revisión de expedientes, en lo que corresponde a perinatología. Se encontró solo un óbito (0.17%); cuya causa fue trombosis placentaria secundaria a síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.

Las muertes neonatales ocurrieron en productos pretérmino . La patología congénita más frecuente fue la restricción del crecimiento intrauterino, seguido de pie equino , labio leporino y síndrome de Down (enviada de biología de la reproducción a las 30 semanas).

Las principales complicaciones fetales y neonatales que se presentaron en el servicio son: embarazo gemelar, edad materna avanzada y trastornos hipertensivos. Siendo la principal causa de defunción en el neonato la prematurez.

Solo el 2.21% de las pacientes sin riesgo (5.1%), se canalizaron a obstetricia de riesgo normal, descartandose cualquier patología con riesgo en el embarazo. Lo anterior para brindar atención de calidad a las que si lo ameritan.

El 14% se atendieron en otra unidad hospitalaria y solo el 2% se trasladaron a otra unidad institucional por falta de lugar en la unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital o por falta de tecnología institucional (cirugía cardiovascular).

En cuanto a los estudios realizados, el registro fue de 1800 para ultrasonidos y de 2290 para registros cardiotocográficos. Es importante mencionar que el mayor porcentaje de registros fueron para pacientes enviadas por hipomotilidad y en cuanto a ultrasonidos el mayor porcentaje fue para pacientes del servicio de Menopausia y obstetricia riesgo normal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

- Las principales causas de referencia al servicio de Perinatología en el año 2002 fueron:
 - 1.-Edad materna avanzada
 - 2.-Antecedente de esterilidad o infertilidad.
 - 3.-Sin factores de riesgo.
 - 4.-Preeclampsia.
 - 5.-Miomatosis uterina.
- No se registro mortalidad alguna sobre el lapso de tiempo en que se realizó la revisión de expedientes.
- La principal causa de morbimortalidad neonatal fue la prematurez.
- Existe abuso en cuanto a los métodos de registro cardiotocográfico y ultrasonido. Por parte de el servicio de Obstetricia riesgo normal y en lo que respecta a ultrasonido por este y Menopausia.

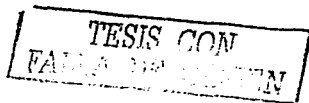
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Con todo lo anterior es conveniente

- Respetar los criterios de inclusión en nuestro servicio: para continuar brindando la atención que se merece a las pacientes con un riesgo real.
- Canalizar tempranamente a las pacientes sin riesgo a obstetricia de riesgo normal.
- No dar citas prioritarias a pacientes que no tienen riesgo.
- Regulación de la operación cesárea a fin de abatir las intervenciones quirúrgicas innecesarias.
- Continuar la promoción de detección temprana de preeclampsia.
- Reforzar en las consultas prenatales, la consejería sobre los factores de riesgo y señales de alarma. Para su manejo oportuno.
- Garantizar una atención de calidad y oportuna, optimizando recursos para nuestras pacientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Informar las indicaciones de nuestro ingreso a las unidades de medicina familiar, para no referir erróneamente a las pacientes o sensibilizarlas de igual forma.
- Continuar con investigaciones en nuestra población retrospectivos y/o prospectivos acerca de las circunstancias que complican el embarazo (con cualquier patología subyacente), con el fin de identificar factores inmediatos de morbilidad. Y desarrollar estrategias para su prevención.

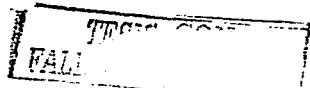


CRITERIOS DE INGRESO AL SERVICIO DE PERINATOLOGIA

HOSPITAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

ISSSTE

- Edad materna menor de 15 años o mayor de 40 años.
- Toxicomanías (excepto tabaquismo y alcoholismo en el embarazo).
- Pacientes inmunizadas a grupo o factor Rh (antecedente o activas).
- Antecedentes de malformaciones.
- Endocrinopatías (hiper o hipotiroides, diabéticas).
- Cardiopatías diagnosticadas.
- Enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Colagenopatías.
- Neoplasias activas.
- Neumopatías restrictivas.
- Infecciones, TORCH, SIDA, TUBERCULOSIS.
- Nefropatías.
- Antecedente de malformación uterina o cirugía.
- Incompetencia ístmico-cervical.
- Antecedente de parto prematuro.



Antecedente de restricción del crecimiento intrauterino.

Muerte perinatal.

Amenaza de parto pretérmino o Índice tocolítico mayor de 5.

Miomatosis uterina de grandes elementos.

EMBARAZO ACTUAL.

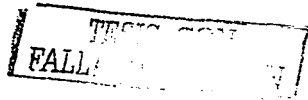
Alteración del líquido amniótico.

Restricción del crecimiento intrauterino.

Embarazo múltiple.

Embarazo con parto dismórfico.

Placenta previa (diagnosticada después de las 28 semanas).



**DIAGNOSTICOS EN ORDEN DE FRECUENCIA
(TABLA 1)**

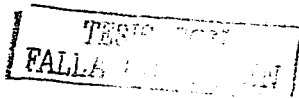
DIAGNOSTICO	NO. DE CASOS	%
1.-ANOSA	152	22.51
2.-SIN RIESGO	96	14.22
3.-RH NO ISOINMUNIZADA	60	8.88
4.-PREECLAMPSIA LEVE	66	12.74
5.-MIOMATOSIS	60	8.88
6.-RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO	34	5.03
7.-CESAREA ITERATIVA	85	12.59
8.-HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA	50	7.4
9.-EMBARAZO GEMELAR	38	5.6
10.-ANTECEDENTE DE OBITO	14	2.0

**FRECUENCIA POR GRUPOS DE EDAD
(TABLA 2)**

GRUPO	No.DE CASOS	%
Menor a 20 años	25	3.70
21 a 30 años	262	38.81
31 a 40 años	290	42.96
Mayor a 40 años	98	14.51

**PARIDAD
(TABLA 3)**

PARIDAD	No.DE CASOS	%
Primigestas	135	20
Secundigestas	216	32
Mas de dos gestas	324	48



EDAD GESTACIONAL A SU INGRESO.
(TABLA 4)

EDAD GESTACIONAL	No.DE CASOS	%
< De 20 semanas	81	12
21 a 30 semanas	209	31
31 a 40 semanas	384	57
>Mayor de 41 semanas	1	1

PESO DE LOS NEONATOS
(TABLA 5)

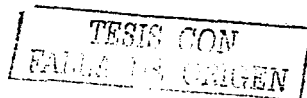
PESO	No.DE CASOS	%
< A 2 Kgs.	29	4.2
2,001grs a 2999grs.	241	35
3,000 a 3,999grs	401	59
>4kgs	4	0.59

CALIFICACION DE APGAR
(TABLA 6)
AL MINUTO

CALIFICACION	CASOS	%
2 A 7	50	7.40
8 A 9	625	92.59

A LOS 5 MINUTOS

CALIFICACION	CASOS	%
2 A 7	338	50.07
8 A 9	337	49.92



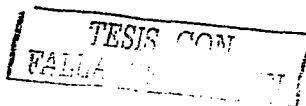
PATOLOGIAS CONGENITAS
(TABLA 7)

PATOLOGIA	No.DE CASOS	%
Síndrome de Down	1	0.14
Restricción del crecimiento	5	0.74
Labio leporino	1	0.14
Pie equino varo	1	0.14

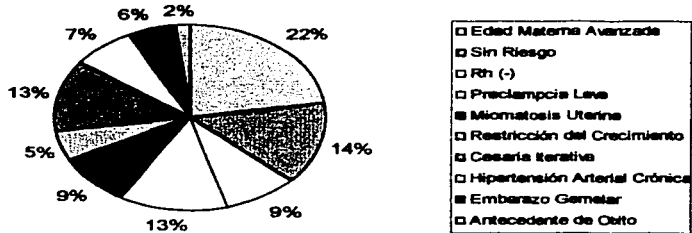
PACIENTES SIN RIESGO
(TABLA 8)

PATOLOGIA	NUMERO DE CASOS
CESÁREA ITERATIVA	12.62%
INTERGENESICO CORTO	2.22%
CONDILOMATOSIS	0.29%
ANTECEDENTE DE DOS ABORTOS	2.22%
ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA SEVERA	6.66%
RH NEGATIVO NO ISOINMUNIZADA	8.8%
MIOMATOSIS UTERINA PEQUEÑOS Y MEDIANOS	3.70%
ELEMENTOS	2.96%
ANTECEDENTE DE ESTERILIDAD	1.92%
CIRCULAR DE CORDÓN	1.92%

TOTAL DE CASOS 280=41.4%

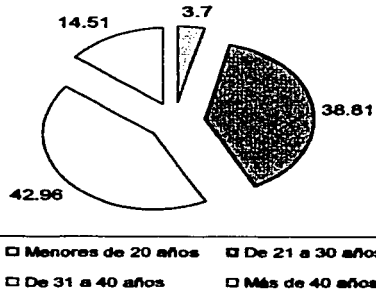


Diagnóstico en Orden de Frecuencia

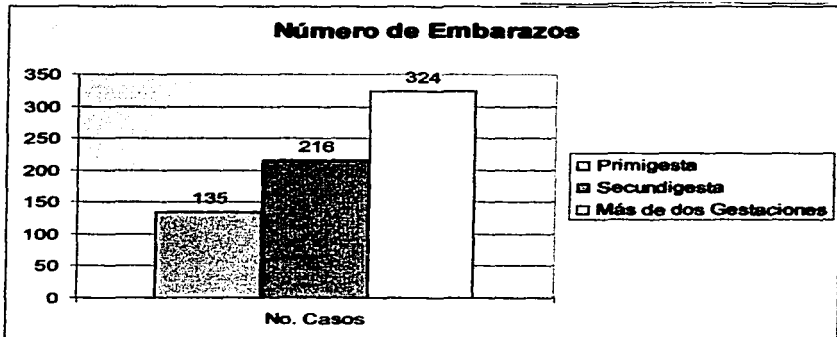


Gráfica # 1

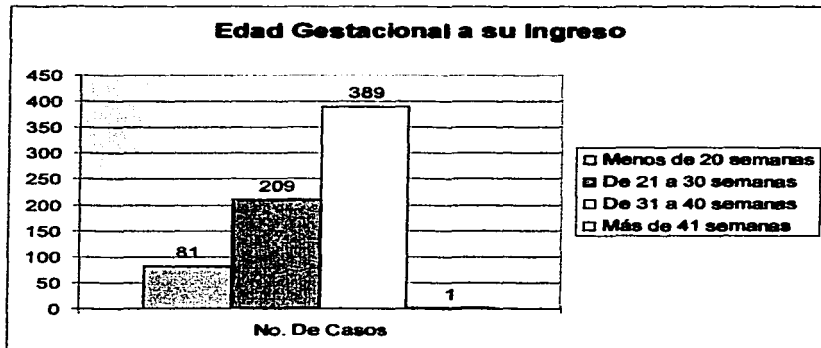
Frecuencia por Grupo de Edad



Gráfica # 2

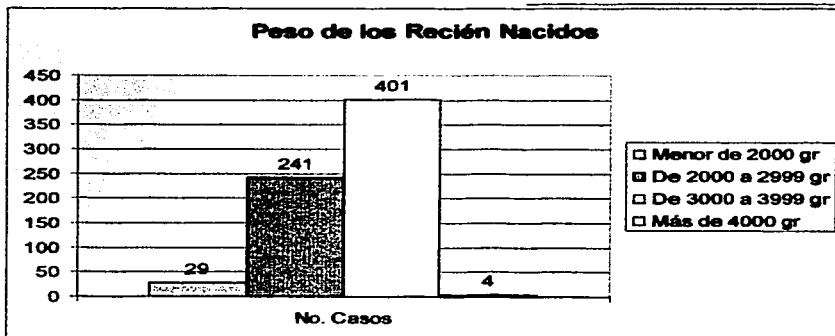


Gráfica #3

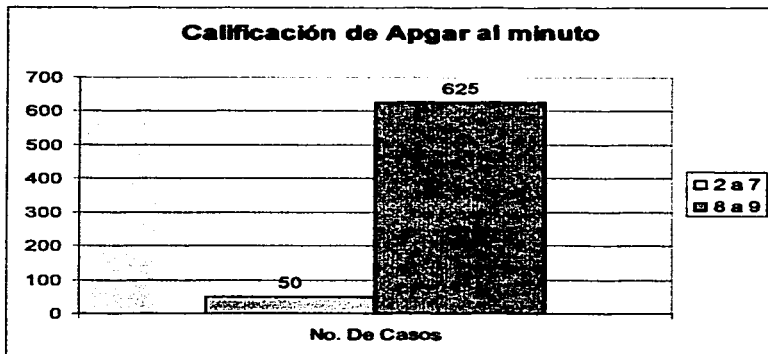


Gráfica # 4

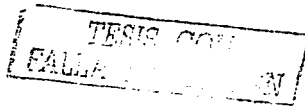
TRIPLE CON
FALLA DE EMERGEN



Gráfica # 5

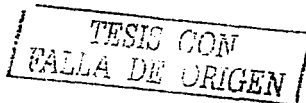


Gráfica # 6



BIBLIOGRAFÍA.

- 1.-Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. Fernando Arias. 1997 Pág:3-21.
- 2.-Riesgo elevado obstétrico. Lluís Cabero Roura, 1996, Vol.I Págs. 3-21.
- 3.-Declaración en México para una maternidad sin riesgo. Actualización el 29 de Julio 1998.
- 4.-Romero G., G y cols. Maternal-fetal morbimortality in advanced age pregnant women Gynec Obst Mex 1999; 67:239.
- 5.-Edge V, Laros RK: Pregnancy outcome in nulliparous women aged 35 or older. Am J Obstet Gynecol 1996; 168: 1881-5.
- 6.-Cnattingius S, Forman MR, Berendes HW y col: effect of age, parity and smoking on pregnancy outcome: A population based study. Am J Obstet Gynecol 1998; 168:16-21.
- 7.-Avila RH, Feinholz KD. Retos de la maternidad saludable. Perinatol Reprod Hum 1998; 12 : 122-6.
- 8.-Sistema Nacional de Salud. Manual de organización y procedimientos de los comites para el estudio de la mortalidad materna y perinatal. México 1995.
- 9.-Atrash HK, Alexander S, Berg CJ Maternal mortality rate in developed countries: no just a concern of part. Obstet Gynecol 1995; 86 :700-5.



10.- Normas de Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología 1998. Ed Marketing y publicidad de México. México, D.F.

11.- Frecuencia de enfermedades transmitidas sexualmente en pacientes en control prenatal. Ginec Obstet Mex 1994; 62: 93-7.

12.- Trejo RCA. Mortalidad materna. Evolución de su estudio en México en los últimos 25 años. Ginec Obst Mex 1997; 65: 317-2.

13.- Gleicher, Medicina clínica en obstetricia. Edit. Panamericana 1996: 44-57.

14.- Gerard N. Burrow. Complicaciones médicas durante el embarazo. Edit. Panamericana, 2-23

15.- Mooney C.J. Diagnosis and management in pregnancy. J. Obstet Gynecol Neonatal 1998 Jul-Aug; 27 (4): 374-80.

TESIS COM
FAL
ESTAS TESIS NO SON
DE LA BIBLIOTECA