

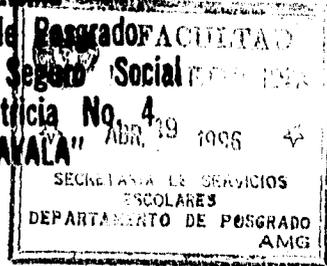
11217

131
25



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

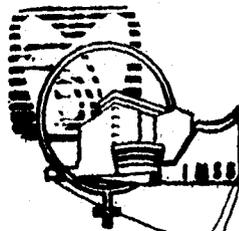
Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4
"LUIS CASTELAZO AVILA"



MORBILIDAD MATERNO FETAL EN LA PRIMIGESTA CON EMBARAZO DE 41 SEMANAS

T E S I S
Que para obtener el título de especialista en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
p r e s e n t a

DRA. LAURA REYES RAMIREZ



Asesor: Dr. Luis Ledesma Pavía

MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ENSEÑANZA
del "LUIS CASTELAZO AVILA"
TESIS

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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.

MORBILIDAD MATERNO - FETAL EN LA PRIMIGESTA CON EMBARAZO DE 41 SEMANAS.
REYES RAMIREZ L, LEDESMA PAVIA L. HOSPITAL DE " GO " " LUIS CASTELAZO AYALA ".
IMSS
RESUMEN

Varios estudios han reportado un incremento en la morbilidad materno - fetal en embarazos que rebasan las 41 semanas, en comparación con embarazos menores. Con objeto de valorar la morbilidad materna y fetal en pacientes primigestas con embarazo se 41 semanas, se revisaron los expedientes clínicos de 100 pacientes, que cumplieran con los criterios de inclusión, que fueran factibles de seguimiento, y contaran con pruebas de bienestar fetal y USA a su ingreso. Resultaron por ultrasonido y por clínica todos los productos de término y posttérmino (13%), con líquido amniótico normal 82%, y oligohidramnios o en límites normales bajos en un 18%. Las pruebas de bienestar fetal fueron normales en un 85% y anormales en un 15%, la principal vía de nacimiento fue la abdominal, en un 68% de los casos, siendo la principal indicación de tipo materno, DCP, seguida de SFA. La morbilidad materna observada fue de un 25%, no hubo mortalidad. La mortalidad fetal fue de 1% con una morbilidad del 3% (Encefalopatía hipóxica - isquémica y SALAM). La morbilidad materna estuvo fuertemente asociada o fue secundaria al procedimiento quirúrgico al que se sometió la paciente, y la morbilidad fetal fue secundaria a postmadurez y a la presencia de Líquido Amniótico Meconial (más de 2 cruces).

Los hallazgos de este estudio confirman en nuestro medio que la paciente primigesta con embarazo de 41 semanas o más, tiene implícito un riesgo potencial que incrementa la morbilidad materna y fetal, y que la evaluación que anteriormente se hacía a los embarazos de 42 semanas o más debe comenzar desde las 41 semanas, buscando su interrupción a corto plazo.

MORBILIDAD MATERNO - FETAL EN LA PRIMIGESTA CON EMBARAZO DE 41 SEMANAS.

PEYES RAMIRREZ L, LEDESMA PAVIA L. HOSPITAL DE " 60 " " LUIS CASTELAZO AYALA "

IMSS
INTRODUCCION

La Organización Mundial de la salud y la FIGO han definido al embarazo prolongado como aquel que se completa las 42 semanas (294 días...) o más pero algunas veces se ha considerado al embarazo de 41 semanas en esta definición y ocasionalmente 43. (7,4). Aproximadamente 10% de todos los embarazos tienen una duración de más de 41 semanas, y el riesgo de muerte perinatal se incrementa en los embarazos que rebasan 2 o más semanas la fecha probable de parto. (6). A las 41 semanas se ha reportado una mortalidad de 9 por cada 1000 nacimientos. (10). Estudios previos reportaban una mortalidad del 10.5 de las 39 a las 41 semanas, doblada a 20 a la semana 42; con el advenimiento de pruebas anteparto, monitorización electrónica intraparto y el mejoramiento de los cuidados neonatales, esos números se han reducido en forma considerable. (7)

Grauz y Heimler, encontraron que el promedio de la edad gestacional de neonatos que presentaron asfixia no es esperada fue de 288.8 días. De estos los infantes que murieron o presentaron secuelas neurológicas, tenían un promedio de edad gestacional de 291 días. Arias, demostró que las complicaciones relacionadas a macrosomia, sufrimiento fetal, aspiración de meconio y postmadurez, se incrementan significativamente de 5.6% de la semana 38 a 40, a un 24.7% entre la semana 41 a 42. (1)

Guidetti en su estudio reporta un 25% de pacientes con PSS no reactiva y un 14% de oligohidramnios entre las pacientes con embarazo entre las 41-42 semanas, en contraste con una frecuencia muy bajas de pruebas anormales en embarazos de 39 a 41 semanas. (5)

El embarazo prolongado conlleva varios riesgos para el feto; cerca de 3% de todos los fetos continúan creciendo y pueden exceder 4500 gr. al nacimiento; este gran tamaño incrementa el riesgo para el feto de una distocia de hombros, con daño al plexo braquial, y el riesgo para la madre de laceraciones vaginales y de operación cesárea. Segundo, el feto puede sobrepasar el aporte placentario de oxígeno y nutrientes y gradualmente experimentar de privación de oxígeno e inanición. Otros riesgos de la aspiración de meconio, lo cual puede ocurrir en útero si el aporte placentario es insuficiente, o si el cordón umbilical está comprimido entre la pelvis materna y el feto por la disminución que ocurre en el líquido amniótico (10,11)

MORBILIDAD MATERNO - FETAL EN LA PRIMIGESTA CON EMBARAZO DE 41 SEMANAS.

PEYES RAMIRREZ L, LEDESMA PAVIA L. HOSPITAL DE " 60 " " LUIS CASTELAZO AYALA "

IMSS

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la salud y la FIGO han definido al embarazo prolongado como aquel que se completa las 42 semanas (294 días...) o más pero algunas veces se ha considerado al embarazo de 41 semanas en esta definición y ocasionalmente 43. (7,4). Aproximadamente 10% de todos los embarazos tienen una duración de más de 41 semanas, y el riesgo de muerte perinatal se incrementa en los embarazos que rebasan 2 o más semanas la fecha probable de parto. (6). A las 41 semanas se ha reportado una mortalidad de 9 por cada 1000 nacimientos. (10). Estudios previos reportaban una mortalidad del 10.5 de las 39 a las 41 semanas, doblada a 20 a la semana 42; con el advenimiento de pruebas anteparto, monitorización electrónica intraparto y el mejoramiento de los cuidados neonatales, esos números se han reducido en forma considerable. (7)

Grauz y Heimler, encontraron que el promedio de la edad gestacional de neonatos que presentaron asfixia no es esperada fue de 288.8 días. De estos los infantes que murieron o presentaron secuelas neurológicas, tenían un promedio de edad gestacional de 291 días. Arias, demostró que las complicaciones relacionadas a macrosomía, sufrimiento fetal, aspiración de meconio y postmadurez, se incrementan significativamente de 5.6% de la semana 38 a 40, a un 24.7% entre la semana 41 a 42. (1)

Guidetti en su estudio reporta un 25% de pacientes con PSS no reactiva y un 14% de oligohidramnios entre las pacientes con embarazo entre las 41-42 semanas, en contraste con una frecuencia muy bajas de pruebas anormales en embarazos de 39 a 41 semanas. (5)

El embarazo prolongado conlleva varios riesgos para el feto; cerca de 3% de todos los fetos continúan creciendo y pueden exceder 4500 gr. al nacimiento; este gran tamaño incrementa el riesgo para el feto de una distocia de hombros, con daño al plexo braquial, y el riesgo para la madre de laceraciones vaginales y de operación cesárea. Segundo, el feto puede sobrepasar el aporte placentario de oxígeno y nutrientes y gradualmente experimentar de privación de oxígeno e inanición. Otros riesgos de la aspiración de meconio, lo cual puede ocurrir en utero si el aporte placentario es insuficiente, o si el cordón umbilical está comprimido entre la pelvis materna y el feto por la disminución que ocurre en el líquido amniótico (10,11)

se ha demostrado una disminucion promedio del 35 % en el liquido amniotico entre la semana 40 a 41 por tecnica de dilucion. Otros autores han calculado una disminucion de aproximadamente del 28 % semanal (155. ml por semana) entre las semanas 41 a 43 de gestacion (8)

La morbilidad materna tambien se a visto aumentada; se ha observado un incremento de la operacion cesarea de 13.6 % en embarazos de termino a 25.6 % en el grupo de posttermino. La falta de profesion en el trabajo de parto a sido la indicacion primaria para la operacion cesarea, la cual esta aumentada 2 y media y veces en pacientes con embarazo prolongado. La indicacion de cesarea por sufrimiento fetal esta aumentada en los embarazos de posttermino de 1 a 3.5 % (7,5) El manejo del embarazo prolongado a sido de los temas mas controvertidos dentro la obstetricia actual, realizandose el manejo en dos formas el primero es inducir el trabajo de parto una vez que el embarazo a alcanzado la semana 41 a 42 de gestacion, lo cual es frecuente si el cervix esta ya dilatado., el otro tipo de manejo es instituir monitorizacion con varias pruebas de bienestar fetal (los protocolos de vigilancia ante parto fetal a incluido estriol urinario de 24 horas, amniocentesis para la deteccion de meconio, PSS, PTD, la cuatificacion del liquido amniotico y la evaluacion ultrasonografica de la actividad fetal), esperando el desencadenamiento espontaneo del trabajo del parto o induciendolo si hay evidencia de compromiso materno o fetal. Existe todavia discusion sobre cual es el manejo mas indicado del embarazo posttermino. (2, 3, 12 , 13) El embarazo en la paciente primigesta implica perse una condicion obstretica de alto riesgo, mas aunado a un embarazo de 41 semanas o mas, representa una situacion con aumento potencial de la morbilidad materna - fetal.

MATERIAL Y METODOS

Se incluyeron en este estudio 100 pacientes primigestas que acudieron al HGO No. 4 Luis Castelas Ayala, durante el periodo comprendido del 1o. de mayo al 30 de agosto de 1995, con embarazo de 41 a 41.6 semanas que recibieron amenorrea confiable, ciclo de regulares sin complicaciones maternas o fetales agregadas, y que contaran con un ultrasonido a su ingreso determinandose edad gestacional por LF, madurez placentaria, ILA (indice de liquido amniotico) asi como con PSS a su ingreso, y que contaran con los registros de la evolucion materna y fetal.

Las pacientes se captaron en el departamento de monitorizacion fetal, posterior a lo cual se recurrio al expediente clinico para recabar los datos requeridos en los criterios de inclusion, del modo de nacimiento del RN (indicacion de cirugia, hallazgos transoperatorios), asi como de la evolucion de la madre en el puerperio y del RN. Se descartaron aquellas pacientes en las que no fue posible el seguimiento hasta su egreso o del RN.

Se consideraron las pruebas de bienestar fetal como : normal (PSS reactiva), y anormal (PSS No. reactiva, y odulatorio angosto), se definio como oligohidramios un ILA de 5 o menor haciendo enfasis en pacientes con ILA de 5.5 a 5 por su alta frecuencia y considerarse dentro de parametros limitrofes bajos, lo cual aunado otro dato de alarma (HMF), en varias ocaciones constituyo una invitacion para interrupcion del embarazo en forma urgente.

La calificacion del apgar y la evaluacion de la madurez fetal fue determinada por medicos del servicio de pediatria. El seguimiento de los productos se hizo tambien a traves de registros en el expediente clinico, hasta su egreso del hospital.

el analisis estadistico se realizo la prueba de chi cuadrada, y se obtuvieron los promedios, de las variables en estudio.

RESULTADOS

La edad materna tuvo un rango de 17 a 34 años, con un promedio de 24.17, el promedio de la edad gestacional fue de 41.15 semanas, la edad gestacional por ultrasonido mediante longitud femoral (LF) fue de 37 a más de 40 semanas, con una media de 39.26. El índice de líquido amniótico (ILA) fue normal en el 82 % de las pacientes y 5.5 o menor en 18 % de las pacientes, solo se encontró un 5 % de oligohidramnios (menor de 5) ($P < 0.001$) la madurez placentaria encontrada fue: I - G - III en un 80 %, G - II en 10 % y G - II/III en otro 10 % ($P < 0.001$) .

Las pruebas de bienestar fetal fueron normales en un 85 % de las pacientes y anormales en un 15 % (5 con PSS NR y 10 con PSS R con ondulatorio angosto .

En cuanto a la vía de resolución del embarazo : abdominal en un 68 %, siendo la principal invitación DCP con un 41.11 % (28 pacientes), seguida de SFA en un 23.5 % (16 pacientes) 32 % de los productos nacieron vía vaginal, con siete casos de parto distócico por aplicación de forceps. El peso de los productos tuvo una media de 3.31 kg. encontrándose un 5 % de macrosomía fetal. las complicaciones maternas se presentaron en un 25 %, ($P < 0.0001$) no ocurriendo ninguna muerte materna., las complicaciones maternas se clasificaron en infecciones posquirúrgicas (absceso de pared, de deciduometritis) en un 40 % (10 pacientes), secundarias a hemorragia (hipotonía uterina, sangrado profuso en el transoperatorio, ligadura de hipogástricas) en un 28 % (7 pacientes) y otros (síndrome febril sin etiología definida laceraciones del canal del parto, infección de vías urinarias) en un 32 % (8 pacientes). El apgar promedio al minuto fue de 7.6 y a los 5 minutos de 8.58. ($P < 0.001$) . hubo un óbito fetal, 1 producto presentó encefalopatía hipóxico-isquémica, y dos productos presentaron SALAM, con una mortalidad fetal del 1 % y una morbilidad del 3 % . Presentaron un apgar de 6 o menor del primer minuto un 3 %, y un apgar de 7 o menor a los 5 minutos un 2 % . de acuerdo a la valoración por pediatría se encontró un 13 % de postmaduros y ningún producto prematuro. hallazgo al nacimiento : líquido amniótico meconial de más de dos cruces en un 23 % líquido amniótico claro con grumos en 77 % restante. ($P < 0.0001$) .

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Se ha documentado a travez de varios estudios, la presencia de pruebas de bienestar fetal anormales, asi como de resultados perinatales adversos en embarazo de mas de 42 semanas, al igual que en embarazos 41 a 42 semanas de gestacion. es ya Benedetti y Starling indicaban que " el uso tradicional de una definicion de 42 semanas o de 294 dias, para identificar al feto con riesgo de postmadures, deberia ser reconsiderado ". (5,8)

El proposito de las pruebas fetales anteparto es reconocer cambios en la unidad feto - placentaria, que ocurra antes del inicio de un daño fetal permanente. siendo asi, no nos sorprende encontrar pruebas fetales anormales que detectan condiciones patologicas, antes de las 42 semanas. La fisiopatologia exacta de los hallazgos de la insuficiencia uteroplacentaria, no esta aun bien esclarecida, se han relacionado lesiones placentarias y cambios bioquimicos; no obstante su origen incierto, esos cambios no tienen comienzo en todos los embarazos presisamente a los 294 dias .

El presente estudio no obstante su diseño metodologico, viene a confirmar los hallazgos descritos en la literatura extranjera y nacional señalando la existencia de morbilidad materna y fetal en la primigesta con embarazo de 41 semanas o mas . Se observo una alta incidencia de operacion cesarea y morbilidad secundario o asociado estrechamente a la misma, si bien la cesarea es una operacion frecuente, no deja de ser inocuo, comprometiendo sin distincion un amplio rango de edades maternas.

El compromiso fetal fue evidente por el no . de casos con oligohidramios o liquido amniotico en cantidad de limite baja, y las pruebas de bienestar fetal anormales; hubo productos que aun con PSS reactiva tubieron manifestaciones de SFA transparto, el apgar promedio al minuto fue de 7.6 y a los 5 minutos de 8.58 (P / 0.001) El promedio del peso de los productos lo consideramos adecuado (3.31 kg.), apareciendo ya un 5 % de macrosomicos lo cual incrementa la posibilidad de morbilidad fetal. En este grupo se observo mortalidad similar a la reportada en otras series (10) en un 1 %, con una morbilidad global del 3 % .

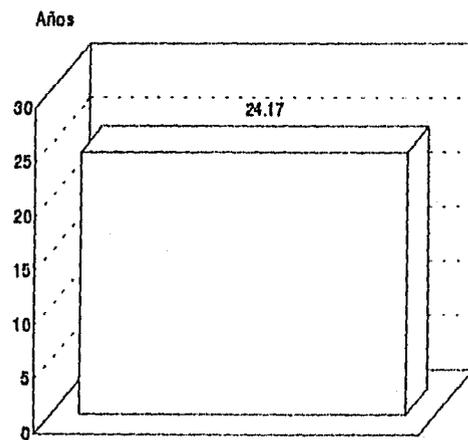
Es importante señalar que tanto ultrasonograficamente, como por la clinica, siempre se trato de fetos maduros o postmaduros (13 %), haciendo enfasis en la credibilidad de la historia menstrual de las pacientes . La postmadures , aunado de la presencia de liquido amniotico meconial constituyeron elementos importantes en la morbilidad observada.

Creemos que nuestro estudio puede ser superado por un estudio con diseño metodologico mas completo (casos y controles, de tipo prospectivos), no obstante pese a sus limitaciones, nos permite asegurar con firmeza que no podemos pasar desapercibida a la paciente primigesta cuyo embarazo rebasa las 41 semanas, sometandola a estudios que descarten el compromiso fetal y buscando la finalizacion del embarazo a corto plazo, por la mejor via para el binomio .

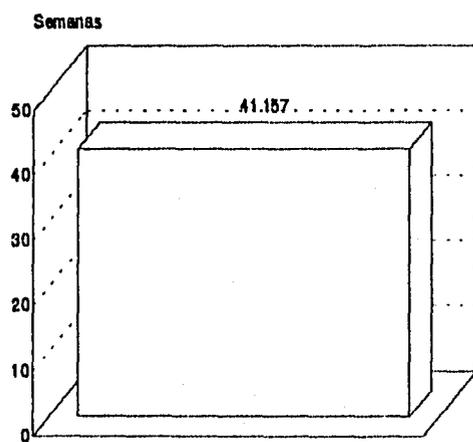
BIBLIOGRAFIA

- 1.- Arias F. Predictability of complications associated with prolongation of pregnancy. *Obstet Gynecol* 1987 ; 70 : 101.
- 2.- Boyd ME, Usher RH McLean FH, et al . Obstetrics consequences of postmaturity. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158:334 - 8
- 3.- Grubb DK, Rabello YA, and Paul RH. Post-term pregnancy : Fetal Death Rate with antepartum surveillance. *Obstet Gynecol* 1992;79:1024-6.
- 4.- Grant JM. Induction of labor confers benefits in prolonged pregnancy *Br J Obstet Gynecol* 1994; 101: 99- 102.
- 5.- Guidetti D, Divon M, Langer O. postdate Fetal surveillance : Is 41 weeks too early? *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161 : 91 - 93
- 6.- Hannah ME, Hanna WJ, Hellmann J et al Induction of labor as compared with antenatal monitoring in post-term pregnancy . *New Engl J Med*: 326 : 1587- 92.
- 7.- Lagrew DC, and Freeman RK Management of postdate pregnancy *Am J Obstet Gynecol* 1986 : 154 : 8-13
- 8.- Marks AD. and Divon M. Longitudinal Study of the Amniotic Fluid Index in Post Dates Pregnancy . *Obstet Gynecol* 1992;79;229-33 .
- 9.- The National Institute of Child Health and human development Network of Maternal- fetal Medicine Units A. clinical trial of induction of labor versus expectant management in postterm pregnancy . *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170 : 716 - 23 .
- 10.-Rosen MG and Dickinson J. Management of post-term pregnancy *New Engl J Med* 1992; 326 : 1628-29
- 11.-Schreyer P, Bar - Natam N. Sherman DJ et al . Fetal breathing movements before oxitocin induction in prolonged pregnancies . *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165 : 577-81 .
- 12.-Shaw KJ, Medearis AL. Horenstein J. et AL. Selective Labor Induction in post- term patients, Observations and Outcome *J.Reprod Med* 1992; 37 : 157 - 161
- 13.-Votta R, and Cibilis L. Active Mngement of Prolonged pregnancy . *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 557- 562 .

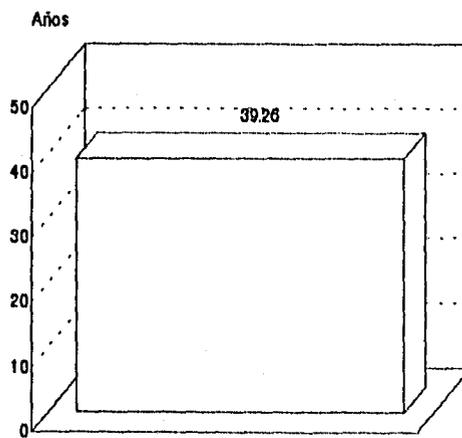
Gráfica 1. Edad promedio de las pacientes estudiadas



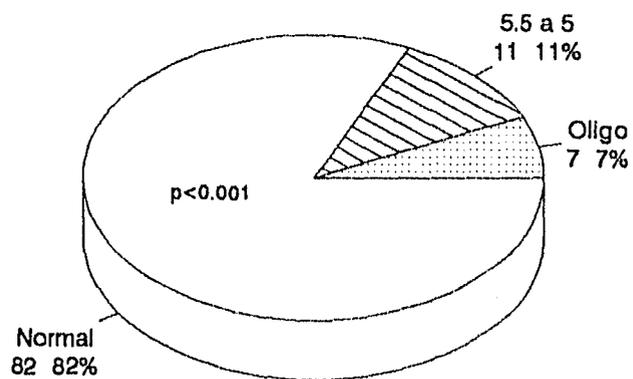
Gráfica 2. Edad Gestacional promedio



Gráfica 3. Edad promedio por USG (LF)

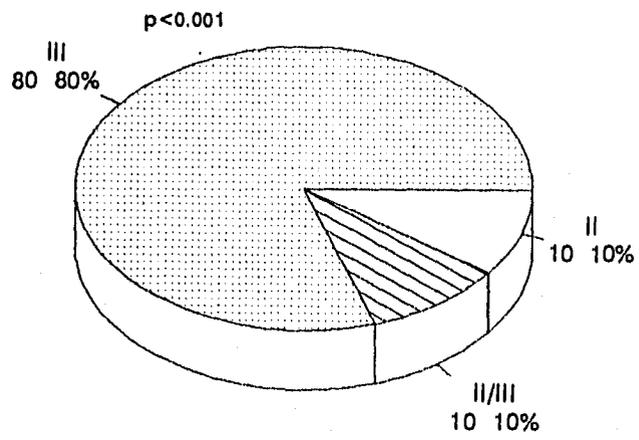


Gráfica 7. Índice de Líquido Amniótico

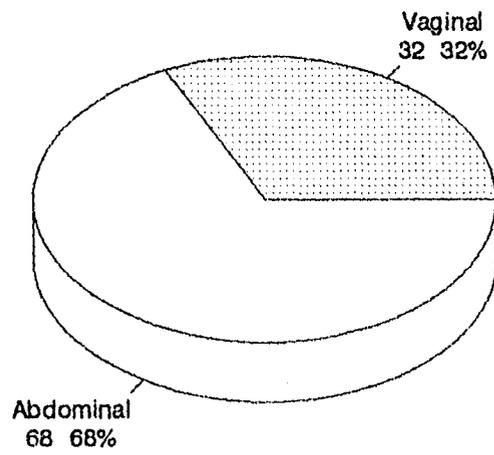


ESTA PÉGINA NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

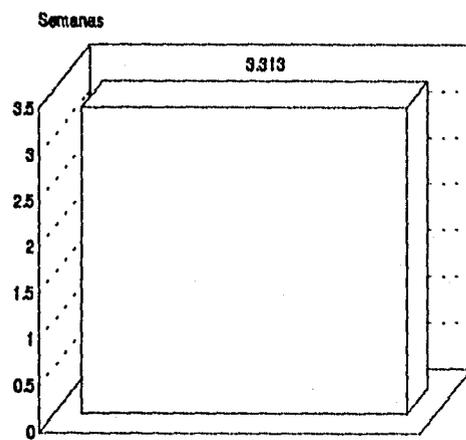
Gráfica 8. Grado de Maduración Placentaria



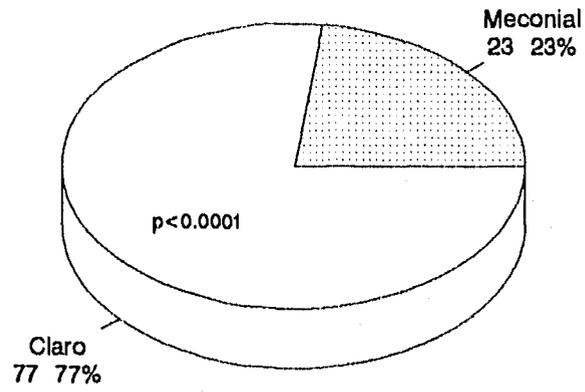
Gráfica 9. Vía de resolución del embarazo



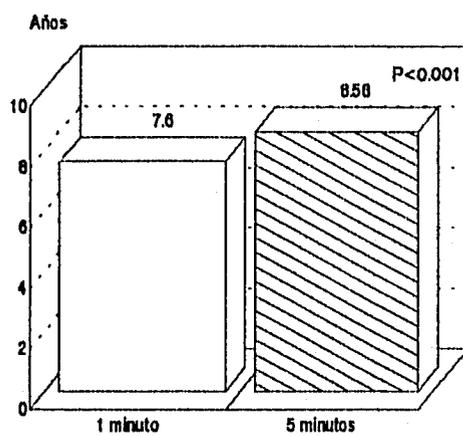
Gráfica 6. Peso promedio de los productos



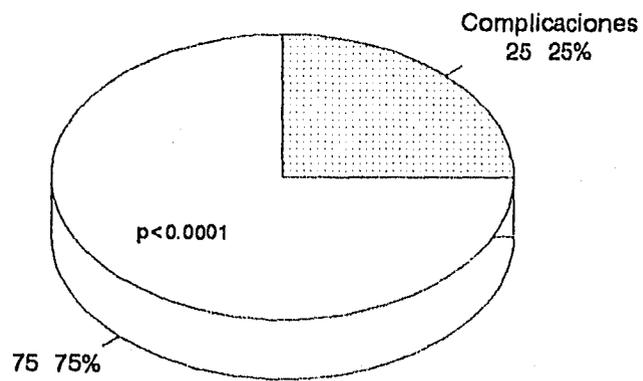
Gráfica 11. Características del Líquido Amniótico



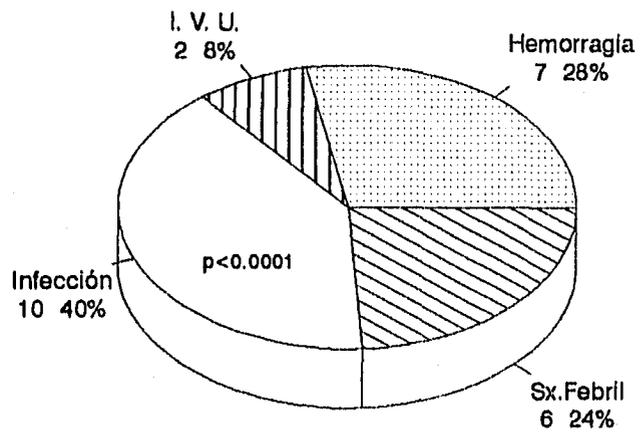
Gráfica 5. Calificación de APGAR promedio



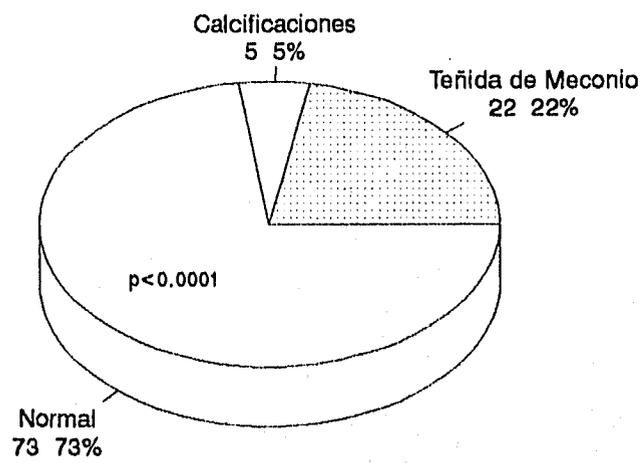
Gráfica 12. Complicaciones Maternas



Gráfica 13. Complicaciones Maternas



Gráfica 10. Características de la placenta



Gráfica 4. Edad promedio por FUR y por USG (LF)

