

11217
72
2 ep



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 4
DR. LUIS CASTELAZO AYALA

ANALISIS COMPARATIVO DE LA
MORBIMORTALIDAD PERINATAL DEL EMBARAZO
PROLONGADO VS EMBARAZO A TERMINO.

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LA ESPECIALIDAD EN
GINECO-OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DR. EUFRACIO HERNANDEZ DOLORES

ASESOR: DR. GILBERTO TENA ALAVEZ

OCTUBRE 1998

261970



IMSS

MEXICO, D. F.

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.

HOSPITAL LUIS CASTELAZO AYALA

JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Dr. Eufracio Hernandez Dolores RIVGO

TITULO DEL TRABAJO:

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA MORBIMORTALIDAD PERINATAL
DEL EMBARAZO PROLONGADO VS EMBARAZO A TERMINO.

TIEMPO REQUERIDO PARA DESARROLLAR EL PROYECTO:

6 MESES

ESPECIFICACIONES DEL PROYECTO:

NOMBRE DE LOS COLABORADORES

Dr. Gilberto Tena Alavez

LUGAR DONDE SE REALIZARA LA INVESTIGACIÓN:

HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA No. 4 LUIS CASTELAZO AYALA

SERVICIO DE EMBARAZO COMPLICADO 5to. PISO SUR

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

A MIS PADRES: Tito Armando e Inés

A MIS HERMANOS

A MI ESPOSA: NORMA

Por su apoyo y comprensión.

INDICE

	PAG.
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
MATERIAL Y MÉTODOS	4
RESULTADOS	5
DISCUSION Y CONCLUSIONES	14
BIBLIOGRAFIA	16

RESUMEN

Título Análisis comparativo de la morbimortalidad perinatal del Embarazo Prolongado vs Embarazo de Término.

Objetivo: Determinar la repercusión del embarazo prolongado en la morbimortalidad perinatal.

Diseño del estudio: *Prospectivo, transversal, comparativo y observacional.*

Material y métodos • pacientes: Del 1º de marzo al 31 de agosto de 1997, se captaron 2 grupos de 50 pacientes cada uno, el primer grupo de pacientes con embarazo prolongado y el segundo con embarazo de término que sirvió como control.

A todas las pacientes se les realizó USG, PSS y cuando lo ameritaron PTO y amniocentesis. se analizaron las siguientes variables: Edad, paridad, morbilidad materna y neonatal, peso del RN y se analizó la vía de interrupción. Se excluyeron pacientes con amenorrea no confiable.

Resultados: En cuanto a la vía de interrupción del embarazo en el grupo I se atendieron por vía vaginal 13 casos (23 %), vs 31 (62 %) del grupo control; para la vía cesarea fue el inverso; la morbilidad neonatal se presentó en 19 casos (38%) y 7 (14%) respectivamente con significancia estadística $P < 0.0001$, se presentaron 2 casos (4 %) de deciduitis en el grupo de embarazo prolongado, morbilidad no observada en el grupo control.

Conclusión: Se incrementa la morbilidad perinatal en el embarazo prolongado en comparación con el embarazo de término; sin embargo esta patología con un buen manejo anteparto e intraparto disminuye la incidencia de complicaciones.

INTRODUCCIÓN

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) define el embarazo prolongado como aquel que dura más de 42 semanas de gestación a partir de la fecha de última menstruación (FUM). Su frecuencia oscila entre el 10 y 12 % de todos los embarazos. La FUM debe corroborarse con métodos diagnósticos clínicos y de gabinete dado que hasta un 20 % de las pacientes no la recuerdan de manera adecuada.

El embarazo prolongado altera el pronóstico perinatal ya que aumenta la incidencia de óbito, traumatismo obstétrico, síndrome de postmadurez, síndrome de aspiración de meconio (SAM), calificaciones de Apgar bajos, etc. (1)

En publicaciones recientes, se ha observado que el uso del ultrasonido en el primer trimestre para establecer la edad gestacional disminuye sensiblemente la frecuencia del embarazo prolongado abatiendo las complicaciones perinatales (2). Así mismo la evaluación del bienestar fetal con métodos como el perfil biofísico ha permitido detectar tempranamente la baja reserva fetal facilitando las decisiones oportunas (2).

Es por esto que algunos autores consideran conveniente cambiar el concepto de embarazo prolongado a partir de las 41 semanas de gestación (3).

Tradicionalmente la inductoconducción del trabajo de parto ha sido el método de elección para el manejo de ésta complicación, con el consecuente incremento de la operación cesarea de manera alarmante (80 % en nuestro hospital) debido a causas como la falta de progresión del trabajo de parto, cérvix desfavorable, desproporción cefalopélvica y sufrimiento fetal . Sin embargo, con el advenimiento de medicamentos que permiten modificar las condiciones cervicales como las prostaglandinas, ha permitido disminuir las intervenciones quirúrgicas abatiendo las complicaciones maternas debidas a éstas y disminuye el riesgo quirúrgico materno (4).

En el hospital se ha diseñado un protocolo de manejo para el embarazo prolongado. Esta norma ayuda a la toma de decisión según el bienestar fetal y a decidir la vía de interrupción del embarazo con el propósito de disminuir la morbilidad materna y perinatal (5).

En el sistema de atención Institucional el embarazo prolongado presenta una elevada *incidencia, debido a que no se realiza de manera sistemática ultrasonido obstétrico al no corroborar la FUM en el 1er. trimestre. Esto trae como consecuencia que se establezca embarazo con amenorrea no confiable, además que el resultado del embarazo prolongado se dificulta una vez que éste se ha establecido (5).*

El objetivo fué establecer un análisis comparativo de la mortalidad perinatal del ambarazo con amenorrea prolongada en relación al embarazo de término y determinar si se justifican acciones mas tempranas para disminuir la incidencia de complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Del 1 de Marzo al 31 de Agosto de 1997, en el Servicio de Embarazo complicado del Sto. piso sur. se capturaron 50 *pacientes con embarazo prolongado* (grupo problema) y 50 *pacientes con embarazo de término* (grupo control)

Los criterios de inclusión fueron:

- 1) Embarazo con amenorrea confiable
- 2) Un ultrasonido en el primer trimestre o dos ultrasonidos en el embarazo que corrobore edad gestacional.
- 3) Control prenatal adecuado.

Los criterios de exclusión fueron:

- 1) Embarazos con amenorrea no confiable o duda en la edad gestacional.

Las variables analizadas en ambos grupos fueron.

- 1) Edad materna
- 2) Antecedentes gineco-obstétricos
- 3). Vias de interrupción del embarazo
- 4). Morbilidad materna
- 5) Peso del recién nacido.

Antes de interrumpir el embarazo, a todas las pacientes se les realizó ultrasonido obstétrico para cuantificar liquido amniótico, grado de madurez placentaria, prueba sin stress (PSS), prueba de tolerancia a la oxitocina (PTO), y amniocentesis en caso necesario.

El análisis estadístico se realizó con las pruebas no paramétricas de χ^2 y T de Student.

Diseño experimental, estudio prospectivo, transversal, comparativo y observacional.

RESULTADOS

La edad promedio en pacientes con embarazo prolongado fué de 25 ± 6.02 años y en el embarazo de término de 26 ± 6.14 años.

El número de gestas para el embarazo prolongado y el embarazo de término fué de 1.92 y 1.90 respectivamente. En ambos casos no hubo diferencia estadística significativa (Tabla 1).

La resolución del embarazo por vía vaginal se logró en 13 pacientes (26 %) con embarazo prolongado y en 31 pacientes (62 %) con embarazo de término, esta diferencia muestra una significancia estadística de $P = < 0.0001$. (Tabla I).

En cuanto a la indicación de la cesárea, del total de pacientes (50 en cada grupo) la desproporción cefalopélvica (DCP) se presentó en 13 pacientes (26 %) con embarazo prolongado y en 11 pacientes (22 %) de término. Por oligohidramnios se oponen 11 (26 %) y 3 (6 %) respectivamente. El sufrimiento fetal agudo (SFA) se presentó en 7 casos (14 %) en el embarazo prolongado y 3 casos (6 %) en el embarazo de término. El desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI) solo se presentó en 2 pacientes (4 %) con embarazo prolongado

Otras causas fueron, falta de progresión en el trabajo de parto (1 caso), presentación pélvica (1 caso), deterioro fetal (1 caso) [Tabla II]

La morbilidad neonatal fué mayor en el grupo de embarazo prolongado en 19 casos (38%) y solo 7 casos (14 %) en los de término ($P = < 0.012$). Al analizarse las diferentes causas de morbilidad para el grupo problema y el control se encuentran los siguientes datos

Sufrimiento fetal agudo (SFA) y Apgar bajo 7 casos (14 %) vs 2 casos (4 %), retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU) 4 casos (8 %) vs 2 casos (4 %) el síndrome de aspiración de meconio (SAM) en 8 casos (16 %) vs 2 casos (4 %) [Tabla III].

El peso al nacer fué de 3108 gramos en los embarazos prolongados vs 3065 gramos en los de término. En el análisis comparativo no se demostró significancia estadística.

En el grupo con embarazo prolongado, se presentaron 2 casos (4%) de deciduitis en el puerperio mediato en pacientes sometidas a operación cesárea, mismas que ameritaron tratamiento con doble esquema antimicrobiano (Metronidazol-Amikacina), con una estancia intrahospitalaria promedio de 7 días, no se observó morbilidad materna en el grupo con embarazo de término (Tabla I)

TABLA I.- Análisis comparativo de la morbilidad materna y neonatal del embarazo prolongado vs embarazo de término.

VARIABLES	EMBARAZO PROLONGADO	EMBARAZO DE TERMINO
Edad	25 AÑOS ± 6.02	26 AÑOS ± 6.14
Gestas	1.92 ± 1.19	1.90 ± 1.92
Primigestas	23	23
2 o mas embarazos	27	27
VIA DE INTERRUPCIÓN		
Parto	13 (26 %)	31 (62 %) P = < 0.0001
Cesarea	37 (74 %)	19 (38 %) P = < 0.0001
MORBILIDAD MATERNA		
Infección de herida Quirúrgica	0	0
Deciduas	2 (4 %)	0 P = < 0.0001

TABLA II.- Análisis comparativo de la vía de interrupción del embarazo prolongado vs embarazo de término.

	EMBARAZO PROLONGADO		EMBARAZO DE TERMINO	
Parto	13 (26 %)		31 (62 %) P = < 0.0001	
Cesarea	37 (74 %)		19 (38 %) P = < 0.0001	
INDICACION DE CESAREA	No	%	No	%
DCP	13	26	11	22
OLIGOHIDRAMNIOS	11	22	3	6
SFA	7	14	3	6
DPPNI	2	4	0	0
FALTA DE PROGRESIÓN EN EL TP	1	2	0	0
DETERIORO FETAL	1	2	0	0
PRESENTACION PELVICA	1	2	0	0
OTRAS	1	2	2	4
TOTAL	37	74	19	38

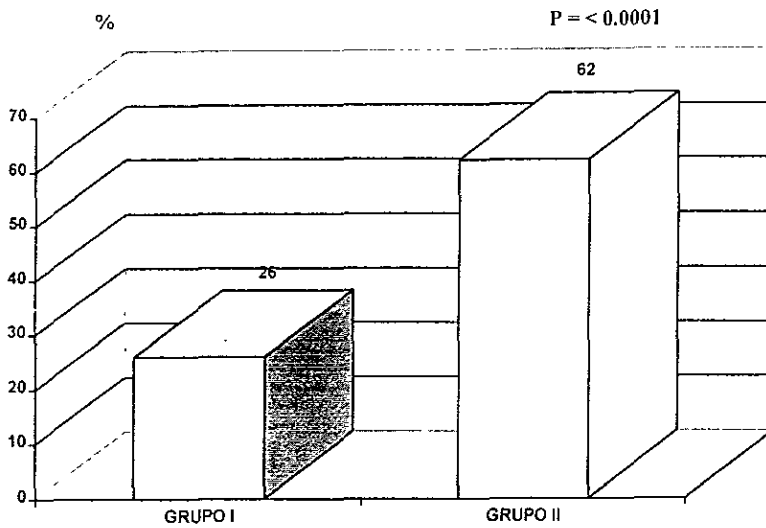
DCP (Desproporción cefalopelvica), SFA (Sufrimiento fetal agudo), DPPNI (Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera)

TABLA III- Análisis comparativo de la morbilidad neonatal del embarazo prolongado vs embarazo de término.

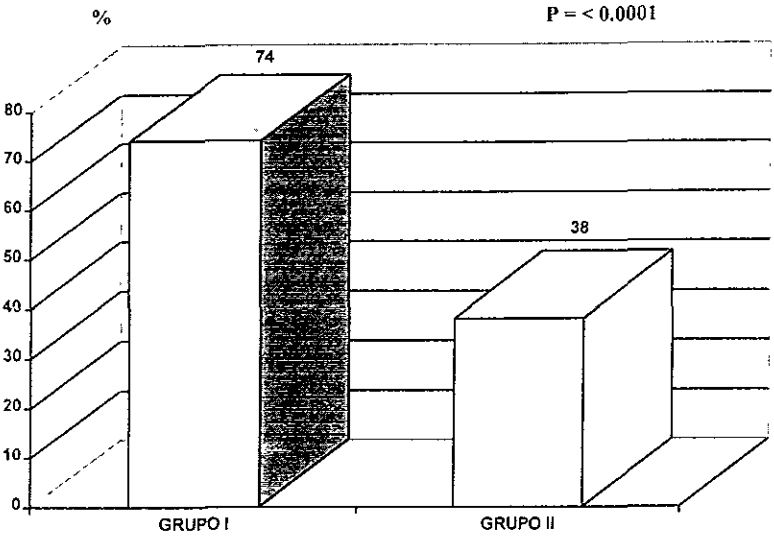
VARIABLES	EMBARAZO PROLONGADO	EMBARAZO DE TERMINO
MORBILIDAD NEONATAL	19 (- %)	7 (14 %) P = < 0 012
SFA- APGAR BAJO	7 (14 %)	3 (6 %)
RCIU	4 (8 %)	2 (4 %)
NA DE ASPIRACION DE MECONIO	8 (16 %)	2 (4 %)
PESO DEL RN (GRAMOS)	3108.5 ± 428 9	3065 ± 405

SFA (Sufrimiento fetal agudo), RCIU (Retardo en el crecimiento intrauterino), RN (Recién Nacido)

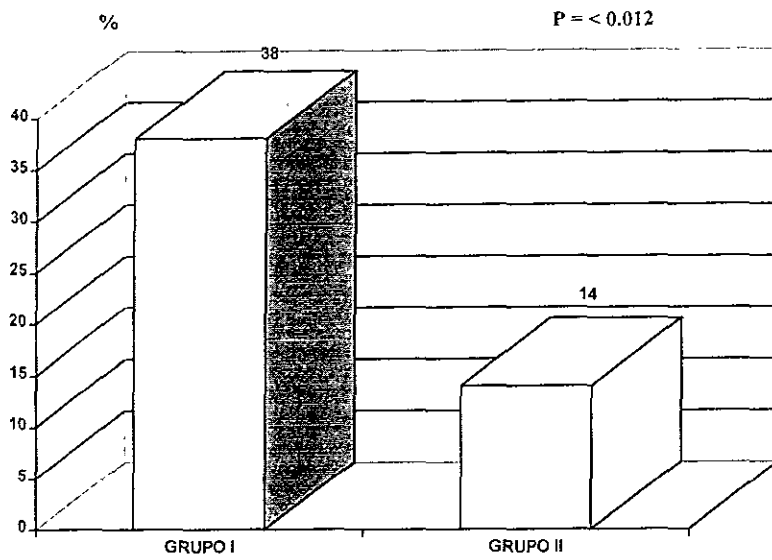
Gráfica No. 1 Interrupción del embarazo por Vía vaginal en ambos grupos estudiados.



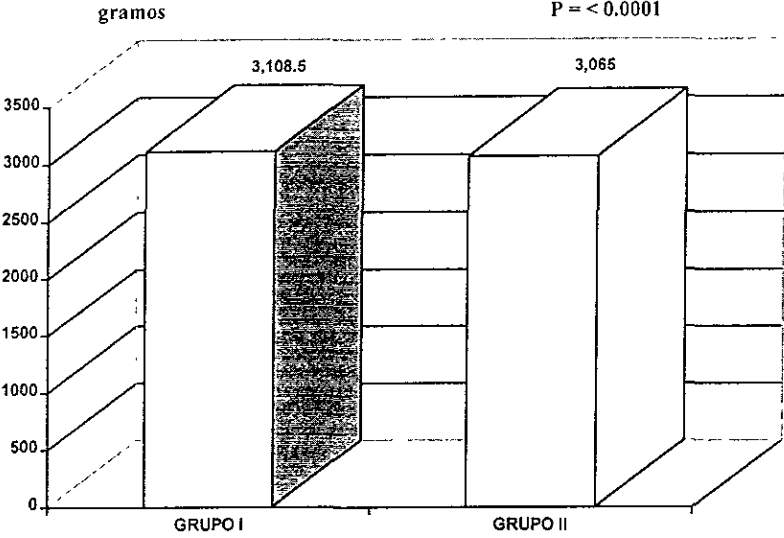
Gráfica No. 2 Interrupción del embarazo por Vía Abdominal en ambos grupos estudiados.



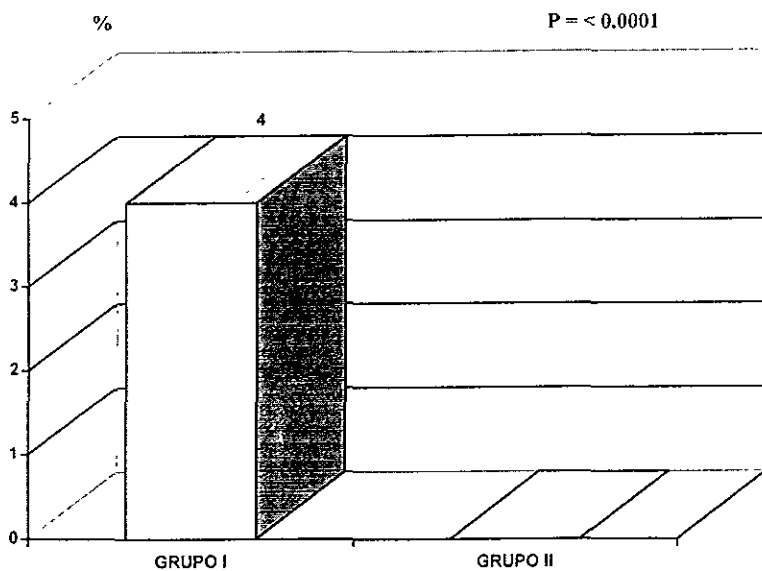
Gráfica No. 3 Morbilidad neonatal en cada grupo



Gráfica No.4 Promedio de Peso del producto en cada grupo



Gráfica No. 5 Frecuencia de Deciduitis en ambos grupos estudiados



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente estudio se realizó un análisis comparativo con el propósito de establecer la morbilidad materna y fetal que se incrementan en el embarazo prolongado según se informa en la literatura (6)

Aunque la muestra es pequeña, en el estudio actual se evidencia que la incidencia de cesareas se incrementa en el embarazo prolongado, con el correspondiente incremento en complicaciones posoperatorias como la deciduitis (7).

La mayor frecuencia de oligohidramnios en el embarazo prolongado se explica por una disminución en la función placentaria y una redistribución de la circulación fetal que en condiciones adversas privilegia al corazón y cerebro y compromete al riñon (8). Así mismo la disfunción placentaria condiciona la presencia de meconio lo que incrementa SAM que se observa mas frecuentemente en el embarazo prolongado (9).

La mayor frecuencia de morbimortalidad fetal en el embarazo prolongado en relación al embarazo de término es reelevante, aunque esto es más frecuente durante el periodo anteparto que en el periodo neonatal (10).

De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye lo siguiente:

- La edad, no es factor predisponente en la presencia de embarazo prolongado.
- Es mas frecuente la presencia de embarazo prolongado en primigestas (46 %)
- La interrupción de embarazo por vía abdominal es mas frecuente en el embarazo prolongado 37 (74 %) en relación al embarazo de término 19 (38 %).Es factible la interrupción por vía vaginal en el embarazo prolongado con una adecuada monitorización fetal intraparto.
- El mayor índice de cesáreas que se observa en el embarazo prolongado predispone a mayor morbilidad materna (4 %) en la presencia de deciduitis, en relación al 0 % en el embarazo de término, de acuerdo a los resultados en el presente estudio.

- Aumenta la morbilidad fetal (*SFA- apgar bajo, RCIU, síndrome de aspiración de meconio*) en el embarazo prolongado (38 %) en relación al embarazo de término (14 %). $P = < 0.012$.
- No existe diferencia significativa en el peso del RN en el embarazo prolongado (3108.5 ± 428 gramos) en relación al embarazo de término (3065 ± 405 gramos).
- Durante el presente estudio no se presentaron casos de mortalidad materno fetal , tanto en el embarazo prolongado como en el embarazo de término; *por lo tanto se considera susceptible a un buen manejo de ésta patología.*

BIBLIOGRAFIA

- 1 Sociedad de Médicos Cirujanos del Hospital de Gineco-Obstetricia No. uno-cuatro del IMSS. Procedimientos en obstetricia. Hospital Luis Castelazo Ayala, Mexico, 1994.
2. Jimenez Solis G, Izquierdo Puente J C, Barraza Espinoza RM y Col. Perfil biofisico en el embarazo prolongado otra alternativa de vigilancia fetal. Ginec Obstet, Mex. 1990; 58: 284-88
- 3 Lockwo C, et al. Low Concentrations of vaginal fetal Fibronectin as a predictor of deliveries occurring after 41 weecks. Am J Obstet Gynecol 1994; 171:1-4.
- 4 Votta R A. et al. Active management of prolonged Pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1993; 168: 557-63.
- 5 Angeles W, et al. Manejo del embarazo prolongado. Ginec Obstet Mex. 1988; 56: 285-92.
- 6 Weiner Z, et al. Computerized analysis of fetal heart rate variation in postterm Pregnancy Prediction of intrapartum fetal distress and fetal acidosis. Am J Obstet Gynecol 1994; 171: 1132-8.
- 7 Schereyer P. et al. Fetal Breathing Movements Before Oxitocin Induction in Prolonged Pregnancy Am J Obstet Gynecol 1991; n165: 577-81
8. Trimmer K J, et al. Observations on the cause of Oligohydramnios in Prolonged Pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1990. 163: 1900-03
- 9 Donald Mc N A. et al. A Clinical trial of induction of labor versus expectant management in postterm pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1994; 170: 716-23
10. Triana S H G, y col. utilidad del diagnostico de placenta grado III por ecografia en el manejo del embarazo prolongado. Ginec Obst Mex. 1990; 56: 90-103