

11217

121

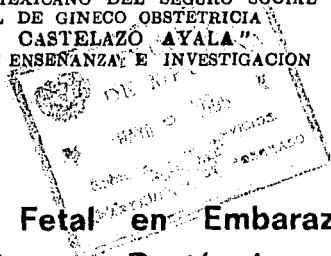
2EJ



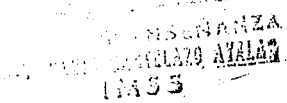
Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"
DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



Hipomotilidad Fetal en Embarazos de Término y Postérmino



T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
Especialista en Ginecología y Obstetricia
P R E S E N T A :

DRA. MARIA NOHEMI RESENDIZ HERNANDEZ

Asesor de Tesis **DR. JAVIER RIVERA ALVARADO**



IMSS

MEXICO, D. F.

FEBRERO 1995



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 está 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.

11217



Universidad Nacional Autónoma
de México

121

2E

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"
DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

Hipomotilidad Fetal en Embarazos
de Término y Postérmino

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
Especialista en Ginecología y Obstetricia

P R E S E N T A

DRA. MARIA MONEMI RESENDIZ HERNANDEZ

Asesor de Tesis: DR. JAVIER RIVERA ALVARADO



IMSS

MEXICO, D. F.

FEBRERO 1995

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"
DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

T E S I S

**HIPOMOTILIDAD FETAL EN EMBARAZOS DE
TERMINO Y POSTERMINO**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA PRESENTA

DRA. MARIA NOHEMI RESENDIZ HERNANDEZ

ASESOR DE LA TESIS:

DR. JAVIER RIVERA ALVARADO.

febrero de 1994

Dr. Rene Bailón Uriza
Director del Hospital de Gineco-Obstetricia
Luis Castelazo Ayala

Dr. Francisco Javier Gómez García
Jefe de Enseñanza e Investigación
Hospital de Gineco-Obstetricia
Luis Castelazo Ayala

DEDICATORIA

Con especial aprecio a mi Familia
ya que sin su ayuda no estaría
disfrutando estos momentos

al Dr. Tenorio, ya que sin su
colaboración este logro sería
imposible

Y a las pacientes que
contribuyeron
a este estudio

I N D I C E

Introducción	2
Hipótesis	4
Objetivos	5
Material y Metodología	6
Resultados	9
Discusión	12
Conclusiones	14
Bibliografía	14
Gráficas	15

INTRODUCCION.

La hipomotilidad fetal, es un motivo frecuente de ingreso al 5to piso sur del Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" y representa el 7.1% de estos.

De acuerdo con la literatura mundial, en estudios recientes, se describe la importancia de la hipomotilidad fetal, incluyendo el cese de los movimientos fetales en aquellos productos que presentan datos de compromiso (alteraciones cardiotocográficas, disminución del liquido amniótico) (12, 3, 8).

Sin embargo, hasta el momento, no esta bien establecida la verdadera importancia que pudiera tener este sintoma, debido a la subjetividad del mismo y a la gran variedad de factores que la modifican que muestran frecuencias que van desde el 4.5 hasta el 20 % (2)

Partiendo del hecho de que la hipomotilidad es realmente un sintoma que pudiera representar deterioro fetal. La motilidad fetal se define como la presencia de de por lo menos un movimiento corporal en un lapso de 20 minutos. Sin que la madre o el feto se encuentren en situaciones de estress (7)

La madre es un parámetro subjetivo para vigilancia de movimientos fetales, pero pueden influir factores como paridad ocupación y edad gestacional (16)

Gran parte de la información en realidad se refiere a contracciones que corresponde a las de Braxton Hicks, o pulso aórtico o incluso a la respiración materna (9).

Se ha tomado a la hipomotilidad fetal como un dato de alarma obstétrica, considerando como requisito que se presente en un lapso de mas de 12 horas, ya que implica un efecto sobre la morbilidad perinatal(1, 2, 4, 5)

La motilidad fetal sugiere bienestar fetal (17).

HIPOTESIS

La hipomotilidad fetal como síntoma es un dato que refleja adecuadamente el deterioro del bienestar fetal

OBJETIVOS

- 1.- Reconocer la implicación clínica de la hipomotilidad fetal en embarazos de 38 a 41.6 semanas de gestación
- 2.- Asociar hipomotilidad fetal sintomática como factor adverso en embarazos de 38 a 41.6 semanas de gestación
- 3.- Conocer la frecuencia de hipomotilidad fetal sintomática como causa de ingreso al servicio de obstetricia de 5to. piso sur.

MATERIAL Y METODOS

A fin de conocer las edades gestacionales, la morbimortalidad perinatal asociada al sintoma de hipomotilidad fetal se diseñó el presente trabajo. Considerando que en estudios anteriores se reporta la frecuencia de morbilidad perinatal aproximadamente en 30% de embarazos de cuarenta semanas en adelante. Se ha enfatizado la importancia de la patología como motivo de internamiento al quinto piso sur del Hospital "Luis Castelazo Ayala" y que representa el 7.1 % del total de ingresos.

En este trabajo se analizó este sintoma en pacientes con embarazos de 38 semanas en adelante para realizar un estudio comparativo.

La hipomotilidad fetal se ha definido como la presencia de por lo menos un movimiento corporal en un lapso de 20 minutos, excluyendo cualquier situación de stress intraparto o manipulación diagnóstica o terapéutica (1).

Se ha reportado disminución e incluso cese de los movimientos fetales en aquellos productos que presentan datos de compromiso (por ej. alteraciones cardiotocográficas, así como disminución del volumen del líquido amniótico), (4, 5, 6).

Considerando que el interrogatorio en la hipomotilidad es un dato subjetivo aportado por la madre se hace indispensable compararlo con un registro ya que

hasta la semana 32 a 34 los movimientos son realmente percibidos por la madre (2, 8).

Se consideró a la hipomotilidad fetal como un dato de alarma cuando ésta se presentó por un lapso de 12 horas o más. En cuanto al resultado de morbi-mortalidad al nacimiento la hipomotilidad se consideró cuando representó un factor adverso (4).

Se trató de un estudio prospectivo, longitudinal, observacional y comparativo.

El universo de trabajo se obtuvo de 200 pacientes que ingresaron al Servicio de 5to Piso del Hospital "Luis Castelazo Ayala" con diagnóstico de embarazo de término (38 - 41.6 semanas), de acuerdo a las normas del Servicio

Criterios de inclusión:

Pacientes con diagnóstico de embarazo de 40 semanas por fecha de última menstruación e hipomotilidad fetal de 12 horas o más.

Criterios de Exclusión:

Pacientes con hipomotilidad fetal en embarazos de pretérmino.

Criterios de No Inclusión:

Embarazos en pacientes con patología agregada (por ej. Preeclampsia-Eclampsia, Diabetes Mellitus, Diabetes Gestacional, Embarazo Múltiple, Hipertensión Arterial Sistémica, Hipotiroidismo y Retardo en el Crecimiento Intrauterino, Productos con Malformaciones Congénitas y polihidramnios.

Se analizaron las hojas de captación de datos de todas pacientes que fueron ingresadas al 5to piso del Hospital con diagnóstico de hipomotilidad fetal y se asociaron a morbilidad como Meconio, Oligohidramnios, Circulares de Cordón, Apgar, peso del producto.

Se solicitaron a su ingreso pruebas de bienestar fetal, PSS, Perfil Biofísico y se correlacionaron con hipomotilidad fetal, esta correlación y las diferencias de estas se analizaron estadísticamente con la prueba de la Chi cuadrada.

Las pruebas de Bienestar fetal se realizaron en el Servicio de Medicina Perinatal de Hospital.

RESULTADOS:

Se incluyó en el estudio a 200 pacientes que reunieron los requisitos de inclusión, en estas pacientes se encontró la siguiente frecuencia por edad: entre 15 y 20 años, 30 pacientes, entre 21 y 25 años a 100, entre 26 y 35 años a 50, y de más de 35 años a 20 pacientes, en estos se observó predominancia del 50 % del grupo de estudio, en el rango de 21 a 25 años, esta predominancia tuvo una diferencia de 25 % más cuando se comparó con los otros subgrupos, como se observa en la gráfica N° 1. Esta diferencia se analizó con la prueba de la Chi cuadrada encontrándose una significancia de $P < 0.001$.

La paridad en nuestro grupo de estudio se distribuyó de la siguiente forma G-I = 140, G-II = 30, G-III = 20, Multiparas = 10, como puede observarse en la gráfica número 2. Las primigestas predominaron en un 70 % que al compararse con las otras gestaciones tuvo una significancia estadística con valor de $P < 0.001$.

La vía de resolución del embarazo se muestra en la gráfica número 3 y tuvo la siguiente distribución: Partos 90, Cesáreas 110 y fue por cesárea el 55 % de los casos, el procedimiento fue indicado por evidencia de compromiso fetal, sin embargo la diferencia con aquellas pacientes a las cuales la gestación fue interrumpida por vía vaginal no tuvo significancia estadística.

Cuando se correlacionó la frecuencia de hipotonilidad fetal con la edad gestacional se encontró que entre 38 y 40 semanas de gestación el número de pacientes fue 80 mientras que entre 41 y 41.6 semanas de gestación el número fue

de 120, con una diferencia de 40 pacientes diferencia que al analizarse estadísticamente tuvo un valor de $p < 0.05$, como se puede observar en la gráfica N° 4.

Los hallazgos transoperatorio se muestran en la gráfica N° 5 en donde se observa que con una edad gestacional de entre 38 y 40 semanas se encontró con circular de cordón a 70 neonatos, mientras que con edades entre 41 y 41.6 semanas la frecuencia fue de 50 pacientes, lo que determinó una diferencia de 20 pacientes que tuvo una significancia estadística con un valor de $p < 0.05$.

La presencia de meconio se mostró en grupos de acuerdo a la edad gestacional y se muestra en la gráfica N° 6. Observándose que los embarazos a termino entre 36 y 40 semanas fue la edad con mayor porcentaje de meconio o sea 70 pacientes y una edad entre 41 y 41.6 con 40 pacientes que tuvieron una diferencia de 30 pacientes que resultó estadísticamente significativa cuando se analizo con Chi cuadrada con un valor de $P < 0.05$.

Se analizó además la calificación de Apgar en todas nuestras pacientes observándose que en general esta calificación fue buena siendo mayor de 7 en el 90 % de nuestra población como se ilustra en la gráfica número 7 y que fue: Calificación de Apgar entre 6 y 7, 20 neonatos, entre 7 y 8 fueron 90 neonatos y entre 8 y 9 fueron 90, la diferencia entre los valores de 6-7 y los dos restantes subgrupos fue estadísticamente significativa con valor de $p < 0.05$.

Al correlacionarse con las pruebas sin stress, encontramos que la PSS-R se encontró en la mayor parte de nuestras pacientes 60 % como se muestra en la

gráfica número 8 y fue con hipomotilidad fetal mas PSS reactiva 120 casos y PSS No reactiva en 80 casos con una diferencia de 40 que tuvo una significancia estadística de $p < 0.05$.

Los hallazgos transoperatorios en las pacientes con PSS-NR se muestran en la gráfica número 9, que fueron: PSS No reactiva en 80 casos, Meconio en 70 y Oligohidramnios en 40, observándose que el 88 % de estas pacientes tuvo meconio, cifra que al compararse con las que no tuvieron meconio mostró una diferencia significativa con un valor de $p < 0.05$. El 50 % tuvo oligohidramnios, prevalencia que no tuvo diferencia significativa con aquellas que no lo tuvieron.

DISCUSION

La hipomotilidad fetal se observa predominantemente en nuestra población entre los 21 y 25 años, hecho que podría explicarse por que es a esta edad donde predominan las primigestas en nuestro medio, situación que hace a las pacientes estar pendiente de los cambios que se deben a su embarazo por mínimo que estos sean, dato que se corrobora al observar que nuestra población es predominantemente de primigestas (70 %). El hecho de que una menor frecuencia de pacientes entre los 15 y 20 años se halla observado en nuestro estudio se explica por la baja frecuencia de embarazos a esta edad.

La hipomotilidad fetal es un hecho considerado como evidencia de deterioro fetal, hecho que se comprueba en nuestro trabajo en donde observamos predominancia de la operación cesárea cuya indicación fue una evidencia de compromiso fetal.

La hipomotilidad fetal fue predominante a partir de la semana 41 de nuestra población, esto se podría explicar por la evidente disminución del volumen de líquido amniótico que sucede conforme avanza la gestación reportándose como 33 % por semana, así como evidencia de compromiso de cordón presente en el embarazo

Otro hecho que llama la atención es la calificación de Apgar predominante en nuestras pacientes y que fue mayor de 7, lo que se correspondió con el hallazgo también predominante de PSS-NR, hallazgo que se explica en función a

que la hipomotilidad fetal es una evidencia temprana de compromiso fetal y que en nuestra población fue motivo de estudio y tratamiento más completo y más temprano, ya que las pacientes con hipomotilidad fetal y PSS-R no tuvieron más evidencia de patología a diferencia de aquellas con hipomotilidad fetal y PSS-NR en quienes encontramos en un porcentaje tan elevado como 88 % la presencia de meconio.

CONCLUSION:

En nuestra población se observó que la hipomotilidad fetal se acompaña de evidencia de compromiso fetal que en ocasiones tiene porcentajes elevados y que al ser condicionante de procedimientos de estudio más completos como la PSS y procedimientos terapéuticos igualmente tempranos como la cesárea, establecen un mejor pronóstico en los productos, mejorando su Apgar al momento del nacimiento.

HOJA DE CAPTACION DE DATOS

HIPOMOTILIDAD FETAL EN EL EMBARAZO DE 38-41.6 SEMANAS

NOMBRE _____ TIPO _____

EDAD _____

CEDULA _____

AGO:

M _____ R _____ G _____ P _____ C _____ A _____ FUR _____ FUP _____

CONTROL DE LA NATALIDAD _____ CONTROL PRENATAL _____

INCREMENTO PONDERAL _____ MEDICAMENTOS UTILIZADOS _____

TIEMPO DE HMF _____

ANTECEDENTES DE EMBARAZO PROLONGADO _____

E.F:

PESO _____ TALLA _____ TA _____ F _____

U _____ EDAD GESTACIONAL _____

APROXIMADO DEL PRODUCTO _____

AMIOCENTESIS _____

CARACTERISTICAS DEL LIQUIDO AMNIOTICO _____

RX: _____

EOF _____

P.S.S _____

PBF _____

LAB _____

BH. _____ EGO _____ OS _____

PARTO _____ CESAREA _____ SANGRADO POSTPARTO _____

HALLAZGOS:

CANTIDAD DE L.A. _____ CARACT.L.A. _____ SF _____

CARACT. DE PLACENTA _____ CIRCULARES _____

R.N.: SEXO _____ PESO _____ TALLA _____

APGAR _____ PC _____ PA _____ PT _____

EDAD FETAL:

BALLARD _____

CLIFORD _____

MALFORMACIONES _____

MORTALIDAD PERINATAL _____

MORTALIDAD PERINATAL _____

BIBLIOGRAFIA

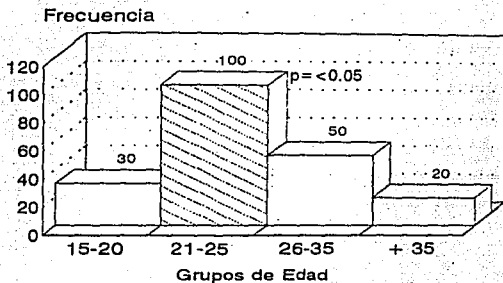
- 1.- Campbell K: Ultradian Rhythms in the human fetus during the last ten weeks of gestation. A Review Semin Perinatol, 1980; 4: 301.
- 2.- Carrera JM: Monitorizacion fetal anteparto. Madrid E Salvat, 1982:50.
- 3.- Chamberlain PF: Ultrasound Evaluation of amniotic fluid volume. Am J Obstet Gynecol, 1984; 150: 245.
- 4.- Fardy H: The use of fetal kick charts. Aust Fam Physician, 1990; 19:1565.
- 5.- Guidetti A: Postdate fetal surveillance: Last 41 week too Early. Am J. Obstet Gynecol, 1989; 161: 91.
- 6.- Hertog K: Maternal perception of fetal motor activit Br Med J, 1979; 2: 1183.
- 7.- Manning F: Fetal movements in Human pregnancies in the third trimester Obstet Gynecol, 1979; 54: 699.
- 8.- Ock A: Antepartum fetal surveillance in the patient with decreased fetal movement. AM J Obstet Gynecol, 1987: 157- 860.

- 9.- Patrick J: Patterns of Gross fetal body movements over 24 hour observation Intervals during the last to week of pregnancy measured with real time scanner. Am J Obstet Gynecol, 1982; 142: 363.
- 10- Patrick J. Respiracion y moviminetos fetales. en Creasy: Medicina materno fetal Principios y practica. Buenos Aires. Ed Medica Panamericana, 1987,254.
- 11- Prechth H: Problems of behavioral studies in the new born Infant in lehrman AS (ed) Advances in the study behaviuor. vol 1 New York Academic Press. 1975.
- 12- Sadousky E: Fetal movements in utero. Obstet Gynecol, 1979: 50; 49.
- 13- Sival D: Does reduction of amniotic fluid affect fet Early. Hum Dev, 1990; Sep 23: 233-244.
- 14- Rossen M: An Approach to the study of Brain Damage the principles of fetal. Am J Obstet Gynecol, 1973: 115.
- 15- Rubinstein T: Decreased Fetal Movements with abnorma Non-Stress test preceding fetal Death. J Perinatal. 12: 294.
- 16- Turnell D: Fetal Movements factors Affecting their perception. Eu J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1991; 39: 16.

- 17- Valentin L: Pregnancy outcome in women Perceiving Decreased fetal Movement. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1987; 23: 32
- 18 Valentin L: Subjective recording of fetal movements. Obstet Gynecol Scand, 1986; 65:753.
- 19.- Whitti J: Maternal perception of Decreased fetal moveeme as an Indicator for antepartum testing in a low-Risk population. Am J Obstet Gynecol. 1991; 164:1084.
- 20.- Wong Ch: Resultado perinatal de la hipomotilidad fetal. Estudio preliminar, Tesis de Postgrado, 1993.

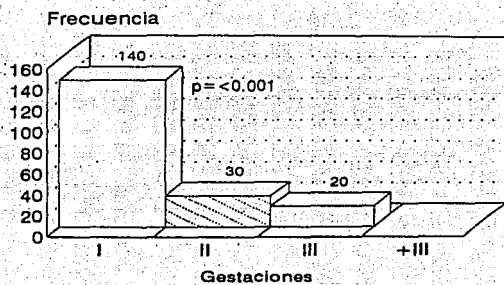
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

FRECUENCIA DE ACUERDO A GRUPOS DE EDAD



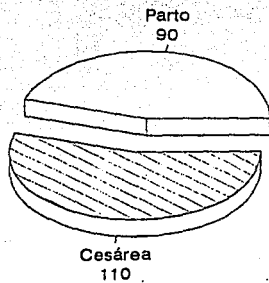
Gráfica N° 1

FRECUENCIA DE ACUERDO A LA PARIDAD



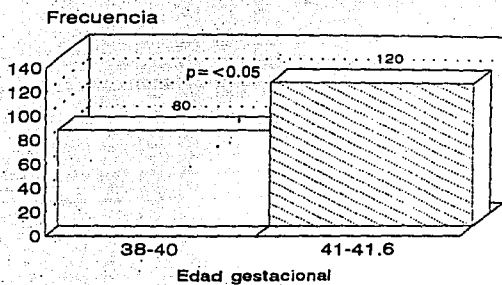
Gráfica N° 2

VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO



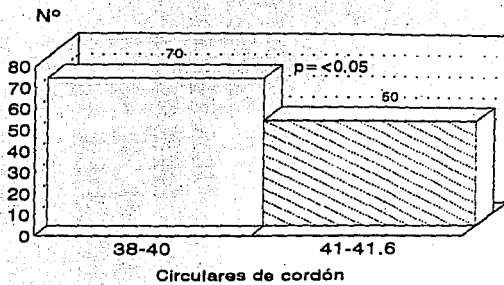
Gráfica N° 3

EDAD GESTACIONAL E HIPOMOTILIDAD FETAL



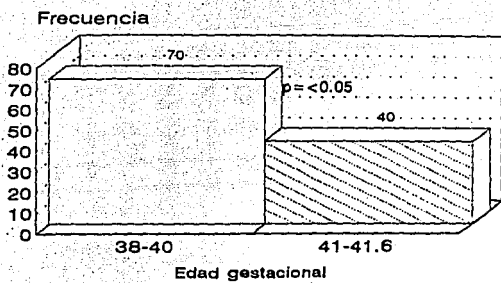
Gráfica N° 4

HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS



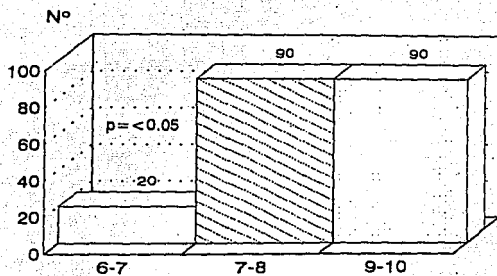
Gráfica N° 5

EDAD GESTACIONAL Y MECONIO



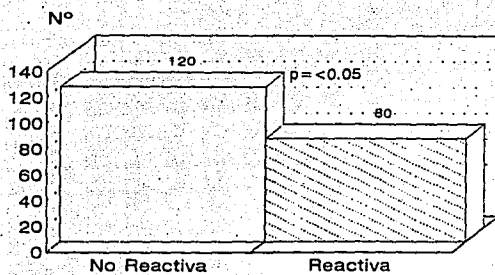
Gráfica N° 6

CALIFICACION DE APGAR



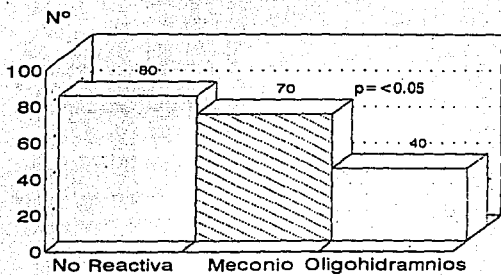
Gráfica N° 7

RESULTADOS EN LAS PRUEBAS SIN STRESS



Gráfica N° 8

CARACTERÍSTICAS DEL LIQUIDO AMNIOTICO



Gráfica N° 9