



Universidad Mayor de San Simón
FACULTAD DE MEDICINA
"DR. AURELIO MELEAN"
RESIDENCIA EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA



MACROSOMIA FETAL COMO CAUSA DE MORBIMORTALIDAD MATERNO NEONATAL

**HOSPITAL MATERNO INFANTIL
"GERMAN URQUIDI"**

RESIDENTE: DR. JHERY OSWALDO DAVILA GUARDIA
TUTOR: DR. ANTONIO PARDO NOVAK

COCHABAMBA – BOLIVIA

2005

INDICE



RESUMEN
INTRODUCCION

CAPITULO I

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
2. OBJETIVOS	3
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	3
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
3. HIPÓTESIS	3

CAPITULO II

1. MARCO TEORICO	4
1.1. CONCEPTO.....	4
1.2 EPIDEMIOLOGIA.....	4
1.3 FISIOPATOLOGIA	5
1.4 CARACTERISTICAS.....	7
1.5CONCLUSIONES	7

CAPITULO III

1. DISEÑO METODOLOGICO	8
1.1. TIPO DE ESTUDIO.....	8
1.1.1.CRONOGRAMA.....	8
1.1.2.VARIABLES.....	8
1.1.2.1. VARIABLES DEPENDIENTES.....	9
1.1.2.2. VARIABLES INDEPENDIENTES	9
1.2. AREA DE ESTUDIO	9
1.3. UNIVERSO –POBLACIÓN Y MUESTRA.....	9
1.3.1. UNIVERSO.....	9

1.3.2. POBLACIÓN	10
1.3.3. MUESTRA	10
1.3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	10
1.3.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	10
1.4. METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	11
1.5. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.....	11

CAPITULO IV

1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	12
--	-----------

CAPITULO V

CONCLUSIONES	26
RECOMENDACIONES.....	28
BIBLIOGRAFÍA	29
PAGINAS WEB	30

ANEXOS

ANEXO A Formulario de recolección de datos estadísticos

INTRODUCCIÓN

La macrosomía fetal constituye un factor de morbimortalidad materno neonatal importante, prevenible durante el control prenatal y que en nuestro medio no se identifica ni se trata con métodos simples como la dieta, índice de masa corporal, investigación de diabetes y otras patologías.

La Macrosomia es el termino utilizado para describir a un niño recién nacido demasiado grande. Aún no se ha llegado a la conclusión sobre el peso limite para definir a un niño macrosomico.

Algunos autores sugieren un peso mayor de 4000 gr (8 libras , 13 onzas), mientras que otros proponen un peso superior a 4100 o 4500 gr.

La macrosomia puede estar asociada con muchos factores de riesgo recogidos en los antecedentes de la paciente antes del embarazo y durante este. Entre ellas tenemos la masa corporal previa al embarazo, la diabetes, multiparidad, embarazo prolongado, antecedentes de macrosomicos anteriores, entre otros.

Es difícil predecir la macrosomia fetal, ya que en ocasiones el estimado clínico y el ultrasonido (circunferencia cefálica, toracica y abdominal) del peso fetal están propensos a presentar errores.

Teniendo en cuenta que los fetos de excesivo tamaño aumentan la Morbimortalidad materno fetal y que muchos autores plantean una perdida perinatal de alrededor del 7,2 %, y que el parto es la vía que constituye el punto neurológico en el pronostico de esta.

CAPITULO 1

1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La macrosomia fetal en si es de difícil diagnóstico y un estimado clínico y por ultrasonido (diámetro biparietal, longitud del fémur y circunferencia abdominal) del peso fetal esta propenso a error. Las medidas por ultrasonido son razonablemente exactas para predecir el peso de fetos pretermino pequeños; sin embargo, la estimación del peso en fetos grandes no es tan confiable.

Zamorski plantea que solo el 50% de los bebés determinados como macrosómicos, al nacer fueron bien diagnosticados.

Cuando existe diabetes, embarazo prolongado y obesidad, el riesgo de macrosomia fetal oscila entre 5 -15 % (Cunnigham, 1998). La estrecha relación existente entre macrosomia y diabetes ha sido extensamente estudiada. No obstante, Lepecq encontró que el 80% de los bebés macrosómicos son nacidos de madres no diabéticas.

La obesidad materna y el aumento de peso durante el embarazo, tienen impacto directo sobre el peso del niño al nacer y las complicaciones maternas, al igual que la edad avanzada y la alta paridad de las madres.

Existen discrepancias entre los distintos autores en relación a la vía del parto.

Gaven plantea que una política de parto por cesárea electiva en casos de sospecha de macrosomia fetal, tuvo un efecto insignificante sobre la incidencia del daño del plexo braquial y aumento considerablemente la tasa de cesarea y de morbilidad quirúrgica.

Otros, como Wollschlaeger, sugieren que la distocia de hombros y el daño del plexo braquial son eventos impredecibles y que las intervenciones planificadas (cesareas)

basadas en el estimado del peso, no reducen la incidencia de distocia de hombros ni disminuyen las complicaciones atribuibles a la macrosomia fetal.

Mocomu plantea que la alta tasa de parto vaginal y la baja incidencia de distocias de hombros pueden fundamentar la no realización de cesareas electivas para el parto en los infantes macrosomicos.

Sin embargo, Parry plantea que aun en neonatos no macrosomicos el diagnostico de sospecha de macrosomia fetal esta asociado con un incremento significativo de la tasa de cesareas.

Para Haram la mejor política con la macrosomia es esperar el nacimiento espontaneo o inducir este después de las 42 semanas. En caso de existir complicaciones del embarazo como gestosis o diabetes. Hay razones para inducción electiva o terminar el embarazo si el calculo del peso esta alrededor de los 4000Gr. Como el problema de la dificultad del parto de hombros, no puede ser evitado se debe tener una conducta adecuada para cada caso en particular.

El embarazo complicado por macrosomia fetal es mejor manejarlo con conducta expectante y cuando el trabajo de parto falla en su progreso, la posibilidad de desproporcion cefalo pélvica debe ser considerado dentro del contexto de un mejor estimado del peso fetal.

Mencionando por ultimo que en nuestro medio no se realizo ningún estudio para determinar la etiología y las complicaciones maternas y neonatales, por tal motivo no se tienen datos estadísticos para comparación con otros estudios.