

63

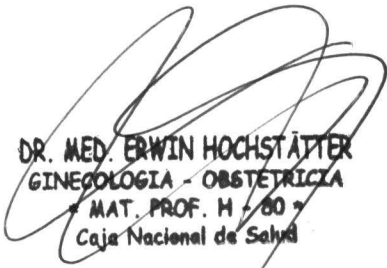
MED.
TESIS
2005
L 961 P

G3

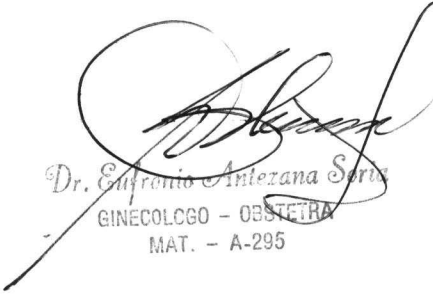
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
ESCUELA DE POST-GRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA
CAJA NACIONAL DE SALUD
RESIDENCIA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PREDICTORES DE MACROSOMIA

TUTOR: Dr. EUFRONIO ANTEZANA SORIA.
AUTOR: Dra. JUDITH LUNA FERNANDEZ. (F)



DR. MED. ERWIN HOCHSTÄTTER
GINECOLOGIA - OBSTETRICIA
MAT. PROF. H - 80
Caja Nacional de Salud



Dr. Eufronio Antezana Soria
GINECOLOGO - OBSTETRA
MAT. - A-295

GESTION 2005
COCHABAMBA - BOLIVIA

INDICE

RESUMEN.....	1
CAPITULO I	
1.	
INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	3
3. MARCO TEÓRICO.....	4
4. HIPOTESIS.....	13
5. VARIABLES	13
CAPITULO II	
1. DISEÑO Y METODOLOGO.....	14
CAPITULO III	
RESULTADOS Y ANALISIS.....	16
CAPITULO IV	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	28
ANEXOS.....	29
BIBLIOGRAFIA.....	30

INTRODUCCION

El término macrosomía deriva del griego (macros = grande, soma = cuerpo) y se utiliza para describir los fetos excesivamente grandes. Existen amplias variaciones del peso promedio al nacer, en los distintos grupos poblacionales del mundo, por lo que se consideran macrosómicos los de 4500 gramos o más, en Cuba consideran macrosómicos los fetos que pesan 4000 gramos o más al nacer. Existe consenso para definir macrosómico al que tenga un peso igual o mayor a 4.000 g.

2. OBJETIVOS

2 A.- OBJETIVO GENERAL.-

Realizar un estudio de la frecuencia de macrosomia en el Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud en el periodo comprendido enero de 2005 al 31 de diciembre de 2005.

2 B.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.-

- Evaluar la eficacia de la clínica en el diagnóstico de macrosomia fetal
- Evaluar el IMC para el diagnóstico de macrosomia fetal
- Evaluar la eficacia de la ecografía para el diagnóstico de macrosomia fetal
- Determinar ganancia ponderal durante el embarazo,
- Correlacionar la obesidad como factor predisponente.
- Relacionar el antecedente de diabetes con la incidencia de macrosomia fetal
- Verificar el grupo étnico predisponente para presentar macrosomia fetal
- Determinar la edad Gestacional a la que se realiza el diagnóstico de macrosomia fetal
- Correlacionar el diagnóstico preoperatorio con el post operatorio.

MARCO TEORICO

CONCEPTO

El umbral mas utilizado es el peso igual o superior a los 4000 gr. Sin embargo, hay quien al hablar de macrosomía se refiere a pesos por encima de los 4100 gr. o superiores a 4500gr.

Como peso y edad Gestacional son parámetros relacionados, también empleamos el concepto de feto grande para la edad Gestacional (GEG) –el que posee un peso superior al percentil 90.

Globalmente la incidencia de macrosomía fetal oscila entre el 3- 9 % y entre el 5-15 % en la población de mujeres con diabetes, obesidad y embarazo postérmino. En España según datos de la encuesta nacional realizada por la sección de Medicina Perinatal de la SEGO, los nacidos con mas de 4000 gr. representan el 6.7 %

HISTORIA.-

El mayor peso registrado es de 11.350 gramos de un feto nacido muerto descrito por Beach en 1879. En tiempos recientes se registró un neonato de 7300 gramos en 1979 en los EE.UU., de una madre con trastornos en el metabolismo de la glucosa y antecedentes de partos macrosómicos previos, de modo similar se registró en marzo del 2000 en Egipto un neonato de 7000 gramos de una madre con antecedentes de partos macrosómicos previos. Sin embargo es relativamente raro encontrar pesos superiores a 5000 gr.

FACTORES DE RIESGO PARA MACROSOMIA FETAL

- Talla materna
- DBT materna.

- Obesidad materna.
- Antecedentes de feto macrosómico.
- Embarazo prolongado.
- Ganancia ponderal excesiva durante la gestación
- Multiparidad

Fisiopatología del metabolismo en el embarazo

Desde el punto de vista bioquímico, la gestación se caracteriza por una tendencia a la hipoglucemia y al aumento de los cuerpos cetónicos en ayunas, aumento de los ácidos grasos libres, triglicéridos y colesterol, disminución de los aminoácidos neoglucogénicos circulantes e hiperinsulinemia posprandial. Este estado es el resultado de ajustes metabólicos que permiten conservar la energía y disponer de la cantidad adecuada de nutrientes para la madre y el feto.

Con fines didácticos se puede considerar que durante la gestación ocurre una fase inicial anabólica o de depósito y una fase final predominantemente catabólica. El aumento de peso de la mujer gestante es prácticamente lineal en los dos últimos trimestres del embarazo y la mayor parte del crecimiento del feto ocurre durante el tercer trimestre. Por lo tanto en este trimestre las demandas del fruto de la gestación son máximas. En las mujeres de peso promedio normal, los depósitos de grasa comienzan a aumentar desde una etapa temprana de la gestación. Estos depósitos alcanzan el máximo y detienen su aumento hacia la mitad de la gestación y tienden a disminuir durante el tercer trimestre. Esto implica un período inicial de depósito de grasas y un período final en el cual disminuye el almacenamiento y se activa la utilización de las mismas. El depósito materno de grasa tiende a disminuir en el último trimestre de la gestación, mientras que el aumento de peso del útero, el fruto, la placenta, las membranas y el líquido amniótico es responsable de la mayor parte del aumento de peso materno durante el tercer trimestre de la gestación.