



LAS MANOS Y EL METRO: EL ECOGRAFO DE LA COMADRONA

Giuditta FERRINI, Laura FERMANI, Tania PAOLTRONI, Ilenia MAZZOLI

RIASSUNTO: Un feto con un regolare sviluppo, che segue un andamento di crescita naturale e costante senza che questo influisca sulla salute materna, è il massimo obiettivo che deve prefissarsi il professionista sanitario incaricato della gestione di una gravidanza. Ci sono tecniche che, nonostante il passare dei secoli, mantengono la loro validità pur conservando allo stesso tempo la loro semplicità. La misurazione della distanza sinfisi fondo (DSF) è tra queste. Il presente studio indaga l'efficacia e l'affidabilità di tale metodo. I risultati e la letteratura scientifica hanno dimostrato come la DSF sia un ottimo strumento per il monitoraggio della gravidanza fisiologica con l'obiettivo che ritorni ad essere di comune routine.

RESUMEN: Un feto con desarrollo normal, que siga un regular y constante crecimiento sin que esto influya en la salud materna, es el máximo objetivo que debería tener el profesional sanitario encargado de la gestión del embarazo. Existen técnicas que no obstante el pasar de los años, mantienen la validez conservando al mismo tiempo la sencillez. La medida de la distancia sinfisis fondo DSF es una de ellas. Este estudio se encarga de la eficacia y la fiabilidad de este método. Los resultados y las revistas científicas han demostrado que la DSF es un óptimo instrumento para monitorizar el embarazo fisiológico con el objetivo que vuelva a ser rutinario.

LA MEDIDA SINFISIS FONDO: Entre los instrumentos rutinarios previstos durante el embarazo, en los protocolos actuales, existe la monitorización del crecimiento como factor de bienestar fetal mediante la palpación abdominal o la medida entre la sinfisis y el fondo uterino. Esta medida, debería de realizarse cada visita rutinaria durante el curso del embarazo y por lo general muestra un progresivo aumento de la altura del fondo uterino. Generalmente este signo clínico es un índice de crecimiento fetal. Según los protocolos, esta medida se obtiene sumando en centímetros la distancia que se encuentra entre el borde superior de la sinfisis del pubis materno y el fondo uterino, siguiendo el eje longitudinal del útero. La medida debe realizarse con la embarazada en posición semi-incorporada en superficie fija y vejiga vacía. La distancia entre el fondo uterino-sinfisis púbica debe medirse y registrarse en un gráfico cada visita rutinaria prenatal después de las 24 semanas de edad gestacional. Este método no debería considerarse un test diagnóstico, pero sí un test de screening, ya que si nos encontramos una medida alterada habría que investigar las posibles causas, usando en este caso el ecógrafo para medir el crecimiento fetal.

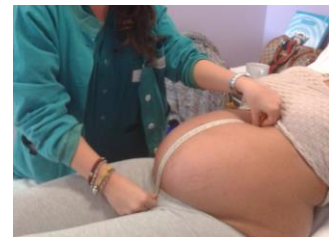


Fig. 1 La medida sinfisis fondo

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Valorar la sensibilidad clínica de la medida de la distancia sinfisis-fondo para valorar el crecimiento fetal en el embarazo fisiológico y en los embarazos complicados por patologías obstétricas a través de una curva de referencia. Identificar las variables clínicas que influyen en esta medida y saber como interpretarla. Valorar las variaciones de la curva en base a situaciones patológicas o borderline.

MATERIALES Y METODOS: El estudio prospectivo ha sido efectuado entre octubre 2013 y octubre 2014 en la AOU Ospedali Riuniti di Ancona en la consulta privada de la Dra Cristina De Santis. Han sido seleccionadas 80 embarazadas a partir de la semana 15-16 y se han seguido hasta el momento del parto. Se han efectuado unas 500 medidas, con un mínimo de tres a un máximo de siete por cada embarazada. Se han excluido del estudio mujeres con embarazo gemelar BMI>30. La medida de la distancia s-f ha sido efectuada por la misma persona durante varios encuentros del seguimiento del embarazo, con intervalos de cuatro semanas (con un range que varía entre tres y cinco semanas). Se han medido también el peso de la gestante, la tensión arterial y otros datos específicos en algunos casos y se procedía a la medida SF. Una vez efectuada la medida se exploraba la gestante y se efectuaba ecografía de control (crecimiento fetal y/o ILA) cuando era posible; se señalaban en los gráficos eventuales factores que podían alterar la medida (descenso de la parte presentada, crecimiento fetal ecográfico o ILA alterados). La conclusión de los datos terminaba con el parto, del cual se anotaba la modalidad, indicaciones de la eventual cesárea, peso fetal al momento de nacer, índice de Apgar. Los resultados se llevaron a análisis estadístico.

	Media	Mediana	Moda	SD	Massimo	Minimo
Altezza	164.278	165	168	5.282	175	150
Peso pre gravidico	61.367	60	62	8.854	90	46
BMI	22.647	22.408	19.922	3.08118	33.462	16.845
Peso del neonato	3134.684	3290	3210	808.510	4695	625
E.g. al parto	38.648	38.785	41	3.388	41.71	25.14

Tab. 1 Composizione del campione

Range delle settimane	Amplezza del campione	Media campionaria	Deviazione standard campionaria	Intervallo di confidenza per la media (95%)
[16+0;20]	63	15,722	1,621	[15,31 – 16,13]
[20;24]	77	20,604	1,434	[20,28 – 20,93]
[24;28]	80	24,463	1,503	[24,13 – 24,80]
[28;32]	78	27,173	2,472	[26,62 – 27,73]
[32;36]	74	30,311	2,575	[29,71 – 30,91]
[36;40]	70	32,864	2,568	[32,25 – 33,48]
[40;41+6]	34	34,559	2,439	[33,71 – 35,41]

Tab. 2 Intervalli di confidenza

RESULTADOS: Ha sido posible, después de haber calculado los valores medios respectivos por cada range semanal, establecer intervalos de confianza por las cuales las medidas de la DSF puedan ser consideradas medidas fisiológicas (I.C.95%). En el total de las 476 medidas efectuadas, 54 (11,34%) resultaron alterada (muy alteradas o borderline). Se ha buscado una causa por cada medida alterada, para verificar si la técnica en cuestión puede ser considerada válida como instrumento de screening para así poder sospechar una determinada patología. Dividiendo las 54 medidas en muy alteradas y BL, se determinó que en el 82% a las medidas muy alteradas les correspondía una patología, mientras que el restante 17% de las medidas no se pudo encontrar una patología conocida, pero las alteraciones de la medida pudieron ser justificadas por la situación fetal transversa o por resultados ecográficos ocasionales de parámetros inferiores o superiores a la norma. Las medidas alteradas no correspondientes a patologías se encontraron sucesivamente dentro de la normalidad en los controles sucesivos. Estos datos indican una buena sensibilidad para reconocer las patologías obstétricas. En cuanto a las medidas BL se ha visto que el 58% de estas no corresponden a patologías, mientras que en el 41% de estas se encontró una medida alterada en los controles sucesivos. Con estos datos ha sido posible deducir que la DSF no está influenciada por la reducción del líquido amniótico, mientras muestra una buena sensibilidad en las situaciones en las que el líquido amniótico está aumentado además de una buena capacidad de revelar anomalías relacionadas con el crecimiento, sea en exceso que en defecto.

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos muestran que el uso de la distancia SF sea un excelente instrumento para la monitorización del embarazo de bajo riesgo, los datos nos confirman su utilidad para el control del embarazo fisiológico como óptimo aliado en manos de la comadrona para poder reconocer situaciones eventualmente patológicas y para poder así, pedir un control más exhaustivo por parte del personal médico. Además la distancia SF se puede considerar como una excelente alternativa a la ecografía, donde esta no sea posible o no sea necesaria. De hecho, al no existir evidencia científica de someterse a un examen ecográfico en cada control rutinario del embarazo (Evidencia IB. Nivel recomendado A en Protocolos SIEOG 2010), hace que esta medida sea un válido instrumento de screening. Por todo esto, los instrumentos que están en manos de la comadrona, que acompañan a la gestante durante su embarazo hasta el trabajo de parto y al parto, como las manos, ojos e instrumentos simples como la cinta métrica de un sastre, son instrumentos de una infinita potencialidad que, si usados correctamente, tienen la capacidad de volverse su ecógrafo personal.

REFERENCIAS: [1] Linee Guida, Accrescimento e benessere fetali, in Linee Guida: Gravidanza Fisiologica, Ministero della Salute, 2011, p. 192. [2] G. Pescetto, L. De Cecco, D. Pecorari, N. Ragni, Ginecologia e Ostetricia, IV ed., vol. II, S. E. Universo, Roma, 2001, p. 700-701[3] ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology. The American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin clinical management guidelines for obstetrician-gynecologist. Number 40. November 2002. Obstet Gynecol 2002;100:1045-1050.[4] Royal College of Obstetricians and Gynecologists. RCOG Guidelines. N° 42. Dec 2005. [5] Chamberlain PF, Manning FA, Morrison I, Harman CR, Lange IR. Ultrasound evaluation of amniotic fluid volume. II. The relationship of increased amniotic fluid volume to perinatal outcome. Am J Obstet Gynecol. 1984;150(3):250-4 [6] Engstrom JLI, Sittler CP. Fetal height measurement. Part 1--Techniques for measuring fundal height. J Nurse Midwifery. 1993 Jan-Feb;38(1):5-16.[7]K. Morse, A. Williams, J. Gardosi, Fetal growth screening by fundal height measurement, Best Practice & Research Clinical - Obstetrics and Gynecology, vol. 23, p. 809-818, 2009. [8] Villar J, Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software; 2001[9] J. RW. Calculations in estimating fetal weight, American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol. 74, nr. 4, p. 929, 1957. [10] C. Dawn. Antenatal care for normal pregnancies, obstetrical case taking, high risk pregnancy, Textbook of Pbsetrics and Neonatology 13th edition, pp. 111-113, 1995. [11] Johnson R.W, Toshach C.E., Estimation of fetal weight using longitudinal mensuration, American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol. 68, nr. 3, pp. 891-896, 1954. [12] George Noumi, Fady Collado-Khoury, Allan Bombard, Kell Julliard, Zeev Weiner, Clinical and sonographic estimation of fetal weight performed during labor by residents, American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol. 192, pp. 1407-1409, 2005. [13] Bothner BK, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Symphysis fundus height measurements during labour: a prospective, descriptive study, African Journal of Reproduction and Health, vol. 4, pp. 48-55, 2000. [14] SIEOG, Linee Guida 2010, Ginecologica, SIEOG - Società Italiana di Ecografia Ostetrica, p. 8/2010.