

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

EMBARAZO PROLONGADO

Estudio del comportamiento clínico de la madre y los resultados perinatales de los Recién Nacidos de madres con embarazo prolongado, atendidos en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Pamplona, del 1 Enero 1989 al 1 de Enero 1994.

TESIS

*Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.*

POR

ANA MARIA VAQUIASH CHUN

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, ABRIL DE 1995

**PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central**

R
05
T (7389)
Co 2

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICO HOSPITALARIOS
DEPARTAMENTO MEDICO DE SERVICIOS TECNICOS
SECCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION

FORMATO PARA SOLICITAR AUTORIZACION DE
ESTUDIOS DE TESIS

Guatemala, 3 de Octubre de 1994

Yo ANA MARTA VAQUILAY CIBIN, estudiante de la Universidad de SAN CARLOS DE GUATEMALA, de la Facultad de: CIENCIAS MEDICAS, por este medio solicito sea autorizado realizar mi trabajo de Tesis en la Unidad: ALTO RIESGO, ARCHIVO del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, cuyo tema aprobado es: "EMBARAZO PROLONGADO"

siendo mi asesor institucional: (debe ser miembro del personal del IGSS) DR. MARIO LOBOS ORELLANA, quien es: (puesto que ocupa) JEFE DE RESIDENTES

Comprometiéndome a cumplir con la Reglamentación vigente para estudios de investigación, así como a entregar un ejemplar de la Tesis a la Sección de Docencia e Investigación y a la Unidad donde efectúe el estudio.

f) [Signature]
Asesor (sello)

APROBADO

f) [Signature]
Jefe de Departamento o (sello) Coordinador del programa

f) [Signature]
Director de la Unidad (sello)

USO EXCLUSIVO DE LA SECCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION.

La Sección de Docencia e Investigación, Hace Constar: Que revisó el Protocolo de Investigación adjunto a esta solicitud, no encontrando ningún inconveniente para su ejecución, debido a que llena los requisitos académicos, éticos, y de normas internacionales, como tampoco representa erogación para el Instituto.

AUTORIZADO:
f) [Signature] Jefe de la Sección de Docencia e Investigación
f) [Signature] Jefe del Departamento Médico de Servicios Técnicos

Esta Sección es para autorizar el Informe Final. (Debe adjuntarse nota del asesor, aprobando el Informe Final).

La Sección de Docencia e Investigación, Hace Constar: Que revisó el Informe Final de Tesis, autorizando al solicitante continuar sus trámites de impresión.

AUTORIZADO:
f) [Signature] Jefe de la Sección de Docencia e Investigación
f) [Signature] Jefe del Departamento Médico de Servicios Técnicos



Esta solicitud debe llenarse en triplicado, adjuntando inicialmente el Protocolo de Tesis, autorizado por la Facultad respectiva. Para autorizar el Informe Final debe traer nota del asesor de tesis institucional, donde aprueba su impresión.



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 3 de abril de 1995
DIF--24-95


Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las
Ciencias de la Salud - Unidad de Tesis

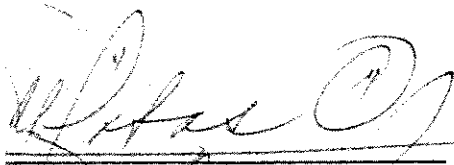
informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS ANA MARIA
Título o diploma de diversificado, Nombres y ape-

VAQUIASH CHUN Carnet No. 80-10820
datos completos

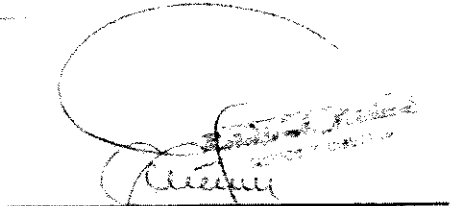
presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
EMBARAZO PROLONGADO

cuyo autor, asesor(as) y revisor nos responsabilizamos de los con-
ceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, perti-
nencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad
técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante


Asesor
Firma y sello personal

Dr. Mario Lobos Orellana
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 7335


Revisor
Firma y sello

Registro Personal 6647

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE :

La) Bachiller: ANA MARIA VAQUIASH CHUN

Matrícula Universitaria No. 80-10820

Presentado para su Examen General Público, previo a optar al
título de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

EMBARAZO PROLONGADO

Bajo asesorado por: DR. MARIO LOBOS ORELLANA

Revisado por: DR. ROBOLEFO ALFREDO MULLER GALINDO

Los señores lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firma y sella la presente

ORDEN DE IMPRESION :

Guatemala, 3 de abril de 1995

EDGAR DE LEON BARILLAS
Unidad de Tesis

DR. RAUL CASTILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRESION :

Dr. Edgar Axel Oliva González
DECANO



I N D I C E

CONTENIDO	PAGINAS
I Introducción	1
II Definición del Problema	2
III Justificación	3
IV Objetivos	4
V Revisión Bibliográfica	5
VI Metodología	15
VII Presentación de Resultados	20
VIII Analisis y Discusión de resultados	30
IX Conclusiones	34
X Recomendaciones	35
XI Resumen	36
XII Referencias Bibliográficas	38
XIII Anexos	40

I INTRODUCCION

El embarazo prolongado se define como un embarazo que cumple, 42 semanas 294 días o más, a partir del primer día del último período menstrual (5,10).

Siendo en esta entidad, una elevada incidencia de Morbi-mortalidad del Recién nacido. Es por ello que en varios Centros Hospitalarios se ha considerado la necesidad de realizar estudios de bienestar fetal a las pacientes que presentan dicha entidad durante el embarazo.

El presente estudio es de tipo retrospectivo y se realizó en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ampulona. Durante el período comprendido de Noviembre y Diciembre de 1994 hasta el 31 de Enero de 1995. Se seleccionaron todas las pacientes que durante el control prenatal presentaron diagnóstico de embarazo prolongado, determinándose cual es el tipo de manejo que se le dió a estas pacientes, cuales fueron los resultados perinatales obtenidos tomándose en cuenta entre las variables el comportamiento clínico de dichas pacientes, y verificando que tipo de estudios se realizó para determinar, la condición fetal intra úterina, tomándose en cuenta el estado de la placenta, haciendo una relación de la edad obstetrica con la del recién nacido.

En nuestro estudio se logró determinar que del total de las pacientes que presentaron diagnóstico de embarazo prolongado fueron 440 pacientes de las cuales sólo 144 pacientes llenaron todos los requisitos necesarios para dicho estudio, se determinó que la frecuencia del total de pacientes representa el 3% de las pacientes atendidas durante el período de Enero de 1989 a Enero de 1994, notándose que con frecuencia las pacientes no asisten con regularidad al control prenatal.

Por lo que se evidencia la necesidad de concientizar al personal involucrado sobre la importancia de un adecuado control prenatal en número y calidad, así como enfatizar la vigilancia en el paciente durante y después del embarazo.

II DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El embarazo prolongado o post-término es una entidad patológica Obstétrica considerada de alto riesgo ya que se ha visto en estudios realizados en diferentes países como: Inglaterra, Estados Unidos, Israel y otros (7,11).

Qué el Recién Nacido está más expuesto a padecer problemas tanto durante parto como en el período Neonatal entre los cuales podemos mencionar; Locias, Macrosomia Fetal, Asfixia Perinatal, Síndrome de Aspiración de pulmón, aspectos que también influyen en una elevada incidencia de mortalidad neonatal (4,5,7,).

El embarazo prolongado, Post-término o dismadurez se define como: El embarazo que cumple 42 semanas completas o más lo cual equivale a evolucionar allá de los 294 días a contar del primer día de la última menstruación (7,21,).

En el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco Seguridad Social Pamplona, se atienden pacientes con embarazo prolongado Post-término, siendo esta una patología frecuente de consulta lo cual implica a la institución un manejo y seguimiento especial, por lo que se hace necesario; Determinar el comportamiento clínico de la madre durante el control prenatal y cuales fueron los resultados perinatales obtenidos. Para tener un parámetro de valoración del control prenatal y el tratamiento brindado durante la atención del parto.

III JUSTIFICACION

embarazo prolongado o post-termino es un problema actual e importante tetricia tanto en paises desarrollados como en Guatemala, ya que se to que los productos de madres que padecen esta patologia presentan o grado de Morbi-mortalidad perinatal manifestado por: APGAR bajo, a perinatal, lo cual redundo en la alteración del pronóstico perinatal 5gico del Recien Nacido (4,7,20).

iendo el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemal- de Seguridad Social Pamplona, una institución con una alta cobertura trol prenatal; considero importante realizar un estudio que nos indique; la sido el comportamiento clínico de la madre durante el control prenatal resultados perinatales obtenidos durante los últimos cinco años y ué eficacia se ha realizado el control prenatal de las pacientes con ostico de embarazo prolongado, el cual nos permita elaborar un protocolo verificar la adecuada evaluación de las pacientes que presentan esta ad y mejorar los resultados Neonatales obtenidos.

MO II:

Defectos de la piel, desnutrición, facies apesivas, piel teñida por meconio fresco o seco en el cordón umbilical y membranas teñidas por meconio, $1/2$ o más de los fetos normales.

MO III:

Cambios similares en el estadio II, más coloración amarillenta de la piel, uñas largas, abundante pelo, membranas placentarias y placenta. Un infante dismaduro puede ser el resultado de un parto pretermino, atérmino o post-termino (9,12,16,18).

GENCIA:

La frecuencia de embarazo prolongado varía de 3.0 a 14.0 % (15,20). La frecuencia del embarazo depende de un lado de la definición del concepto "longación del Embarazo", y muy probablemente, a las diferencias por error en la estimación de la edad gestacional método empleado para calcular el embarazo post-menstruación, se encontró hasta un 10% o más de las prolongaciones. En cambio en el cálculo de la duración del embarazo post-ovulación se encontró solamente 2.5% , no cabe duda alguna que la frecuencia 2.5 % corresponde a la realidad que la del 10 % o más (6,8,16,09).

LOGIA:

Una variedad de mecanismos han sido propuestos en la etiología del embarazo post-término como son: El uso de inhibidores de la sintetasa de prostaglandinas produce un embarazo prolongado, y causas mencionadas como : cuando bajos niveles de estríol en la vena umbilical de los fetos post-maduros, la placenta materna hasta los 35 años aumenta la incidencia de la prolongación del embarazo, después de ésta disminuiría; parturición: la prolongación del embarazo en la primípara es mayor que en la multipara, nutrición materna se cree que la duración es mayor en la mal nutridas, anticonceptivos orales , durante los meses antes de la concepción, historia previa de embarazos prolongados, sangrado en el primer trimestre, colonización de estreptococos del grupo B.

IV OBJETIVOS

GENERALES:

- Identificar el comportamiento clínico durante el control prenatal de las pacientes que presentan embarazo prolongado que consultaron al Hospital de Ginecología y Obstetricia Pamplona de Enero de 1989, a Enero 1994.
- Establecer los resultados perinatales inmediatos de los recién nacidos del embarazo atendidos en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Pamplona.

ESPECIFICOS:

- 1.- Identificar el tipo de estudios de bienestar fetal realizados en la madre en el Hospital de Ginecología y Obstetricia de pamplona.
- 2.- Cuantificar cual es el grupo étnico más afectado.
- 3.- Identificar la presencia o no de Meconio en el líquido amniótico al momento del parto.
- 4.- Determinar el APGAR del recién nacido al minuto y a los cinco minutos.
- 5.- Relacionar la edad gestacional Obstétrica con la Neonatal.
- 6.- Identificar la Vía de resolución del parto y el tipo de trabajo de parto.
- 7.- Determinar la presencia o no de anomalías congénitas y su frecuencia en pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado.

PATOLOGIA:

El embarazo prolongado está complicado por hallazgos de post-madurez: ados en dos mecanismos mayores:

Segun la teoría del "Balance" por Csapo, sugun es por el fallo o retardo en la iniciación del parto por desequilibrio entre factores que favorecen la activación de la actividad uterina por la unidad feto-útero-placentario. La progesterona que puede inhibir la iniciación de las contracciones al bloquear la actividad de la protaglandina F2 úterina endogena. Alteración del equilibrio hormonal por disminución del cortisol en el còrdon umbilical y disminución de esteroides suprarrenales.

Desarrollo inadecuado de la oxigenación placentaria e intercambio de nutrientes entre la madre y el feto antes o durante el parto(16,17,18). En el ser humano el embarazo prolongado se asocia con: Anencefalia, Hipoplasia de la glándula adrenal fetal, deficiencia de la sulfatasa placentaria por inadecuada secreción de Estrogenos.

ALTERACIONES EN EL OXIGENO FETAL:

El hecho más significativo lo constituye la progresiva disminución de oxígeno y de su saturación en la sangre del feto.

WALKER. Realizo estudios del contenido de oxígeno en la vena umbilical.

VOL. %	%
30ª semana _____ 14	saturación _____ 70
39ª semana _____ 12	saturación _____ 60
42ª semana _____ 9	saturación _____ 30

Esto muestra que al final del embarazo, el feto se presenta Hipoxémico. Se evidencia trastornos ocasionados como petequias pleurales y el peritonio, con agregados de restos amnióticos en los pulmones

CAMBIOS PLACENTARIOS Y HORMONALES DEL EMBARAZO PROLONGADO:

PLACENTARIOS:

1. Aumento del grosor de la membrana del epitelio corionico;disminución en el diametro de las vellosidades.
2. Disminución del epitelio veloso (desaparición de las células citotrofo-
blasticas) exeso de formación de sincitio.
3. Reducción progresiva en el tamaño de las vellosidades.
4. Aumento de aminoácidos libres y RNA y disminución de proteínas.
5. Aumento de densidad del estroma veloso(desaparición de las células de
HOBBAUER esclerosis) disminución de los capilares y aumento de vellos
avasculares.
6. Aumento de fibrosis en vellosidades.
7. Aumento de formación de quistes y exeso de calcificación
8. Aumento de cambios degenerativos, de vasos desiguales (degeneración -
fibrinóide de la íntima).

CAMBIOS HORMONALES:

1. Aumento de valores de progesterona.
2. Disminución de excreción de Pregnaudiol.
3. Disminución de la actividad estrogenica.
4. Disminución de los niveles de estrogeno.
5. Aumento de la enzima oxitoxinasa.
6. Aumento de alfa-dos-globulina.(7,17,19,21).

RIESGOS MATERNO FETALES DEL EMBARAZO PROLONGADO:

1. Asiedad,cansancio,disturbios del sueño,Contracciones de BRAXTON HICKS.
2. Incremento de cesáreas,incremento de forceps,
3. Incremento de Morbi-Mortalidad materno fetal,dismadures(en el 20 a 30^º)
(2,21).
4. Macrosomia fetal que es la causa de desproporción cefalopelvica y distocia
de hombros(2,6,21). Asfixia al nacimiento,aspiración de meconio,Hipoglisemia
lesiones neurológicas, insuficiencia cortico adrenal,policitemia,anomalias
de la coagulación sanguínea que sugiere coagulación intravascular desemi-
nada.

HALLAZGOS NEUROLOGICOS COMO:

- a) Disturbios del sueño durante la infancia.
- b) Parálisis cerebral.
- c) Transtornos de la lectura.
- d) desarrollo social retardado.

RIESGOS POST_MADUREZ.

Primiparas especialmente mayopres de 35 años de edad ,nuliparas, pacientes con complicaciones obstétricas, trastornos de la posición úterina, Izoinmunizaciones, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus(1,6,19,21).

DIAGNOSTICO DEL EMBARAZO PROLONGADO:

La edad gestacional en el parto es el indicador más importante de Morbi-mortalidad perinatal, entre los parámetros para garantizar la edad gestacional mencionamos:

1. Historia menstrual.Examen físico temprano. Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal a las 12 semanas con DOPPLER, con estetoscópio frontal de LEE a 20 o 22 semanas.
2. Movimientos fetales,RAWLINS y MORRE ,estudiaron que iniciaba la primera señal de vida del feto a las 19 semanas en primigestas y a las 18 semanas en multiparas, aunque otros dicen que se puede percibir de 16 a 19 semanas y se define como la primera señal de vida como la percepción de movimientos fetales durante 3 días consecutivos.
4. Altura úterina.
5. Ultrasonido, para la medición del diametro biparietal fetal, en el embarazo prolongado es válido cuando el diámetro biparietal inicial mide 9.5 cm.
6. Marcadores Bioquímicos.
7. Rayos X, Estriol Urinario,niveles de Lactogeno placentario.
8. N.S.T. (test).(21).

ULTIMO PERIODO MENSTRUAL:

Es el más sencillo y mejor parámetro clínico para determinar la fecha probable de parto cuando se tiene datos exactos.Se tiene el registro de temperatura basal, se puede tener con más precisión la fecha de óvulación y es muy útil para ajusta la fecha probable de parto(12,16,21).

INDICADORES BIOQUÍMICOS:

- Estrógenos maternos, relación estrógeno - creatinina.
- Bilirrubinas creatinina a alfa feto proteína en el líquido amniótico.
- Actividad trombotoplastica del líquido amniótico.

ESTRIOL Y OTRAS PRUEBAS BIOQUÍMICAS:

Un valor del estriol mayor de 12 nanogramos por ml. en el embarazo prolongado, es un buen indicador de bienestar fetal en el 98 %. Valores por bajo de estos se asocian con complicaciones . por lo que GAUTHER lo recomienda como prueba de primera línea en el manejo del embarazo prolongado para diagnosticar bienestar fetal(1,11,17,19,21).

LACTÓGENO PLACENTARIO:

Valores normales de la hormona lactógeno-placentario humana es un buen predictor de bienestar fetal en un 90% y los valores bajo de está predicen síndrome de post-madurez. Pero en estudios recientes no se ha encontrado alguna utilidad para el manejo del embarazo prolongado la medida de la hormona lactógena placentaria humana.(17,19,21).

SUFICIENCIA PLACENTARIA:

Esto sugiere un alto índice de Eosinofilia (acidofilia) (1). un aumento del índice cariopictórico (10). Ausencia de células naviculares o del embrión, dispersión de los conglomerados celulares, ausencia de lacto bacilos con forma mixta, un nivel de estriol reducido en forma marcada (10mg./24 horas ya de importancia; 4mg./24 horas menos, es alarmante mente bajo.(1,9,17,)).

AMNIOSCOPIA Y AMNIOCENTESIS:

El meconio del líquido amniótico identificado por la amnioscopia o amniocentesis, si el líquido es de color verde, marrón o amarillo esto es consecuencia de la expulsión de meconio y se considera signo de riesgo fetal, indicador de hipoxia fetal, Basándose en reportes de que la hipoxia causa incremento del tono del músculo gastrointestinal y por ende paso de meconio. Por lo que la presencia de meconio en el líquido amniótico , en el embarazo prolongado sugiere un

incremento en el riesgo de morbi-mortalidad perinatal especialmente si hay presencia de oligohidramnios . El estudio espectrofotométrico del pico de bilirrubina a 45 mu. muestra su completa desaparición en el embarazo prolongado. El estudio índice meconial del líquido amniótico si es de 0.1 a 0.3 indica sufrimiento leve, pero si es mayor de 0.3 el feto tiene sufrimiento grave.

NIVELES:

Los niveles de creatinina en el líquido amniótico alcanza 2mg. Entre las 37 y 40 semanas del embarazo y en el embarazo prolongado 30mg.X100ml. o más.

Estimación del embarazo prolongado por estudios del líquido amniótico:

	40 Semanas	42 Semanas	
Células lipídicas	20%	50%	
Creatinina	2mg.%	30mg.%	
Acido Urico	8mg.%	10mg.	
Prealbumina	16.7mg.%	68mg%	(7,11,16,21).

MÉTODOS BIOFÍSICOS:

Los métodos biofísicos no son predictores confiables de post-madurez sino más bien de bienestar fetal.(17,11).

N.S.T. (test):

El N.S.T.(test) está basado en la presencia o ausencia de aceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal, asociada con movimientos fetales. Es uno de los métodos biofísicos más ampliamente usados por pruebas de bienestar fetal (5). El NST (test) es considerado normal cuando se presenta dos o más aceleraciones cardiacas fetales en un mínimo de 15 latidos por minuto con una amplitud de 15 segundos de duración en 20 minutos asociados con los movimientos fetales.

O.C.T.

Esta prueba biofísica de bienestar fetal usada ampliamente en el asesoramiento del embarazo prolongado para evaluar bienestar fetal.

SCHWARCZ, hace mención de varios signos a los cuales debe ponerse atención durante el examen físico y son: Signo de Hereber: Se refiere a la detención o disminución del peso fetal. en relación con prolongación de la gravidez. Signo de BENIARZ: se refiere al signo radiológico, en el cual se observa la capa grasosa subcutánea disminuida. Signo de RUNGE: Disminución del líquido amniótico. Signo de WRIGHEY: Reducción de la altura uterina.

MANEJO DE EMBARAZO PROLONGADO.

En todos los casos hay que controlar la vitalidad y madurez del feto desde el punto de vista pulmonar. Se debe tratar a cada paciente individualmente y la vigilancia del riesgo fetal por la alta morbi-mortalidad.-

FACTORES DE RIESGO QUE INCLUYEN:

Hemorragias maternas, desproporción cefalo-pélvica, sufrimiento fetal evidenciado por monitoreo electrónico, tamaño mayor de 4,000gr. o pequeño menor de 2,500gr. (pequeño para edad gestacional signo de HERBERG). Malnutrición fetal, Oligohidramnios, Cerebro defectuoso, líquido amniótico mezclado con meconio fresco, cervix inmaduro, PH del cuero cabelludo ácido (menor de 7.20), que sea de sexo masculino (14,21).

MANEJO INTRAPARTO:

- 1.- Prevención de asfixia intraparto espontáneo o yatrogenico.
- 2.- prevención del parto traumático o intervención agresiva en el parto vaginal.
- 3.- Prevención de aspiración de meconio.
- 4.- Intento de inducción de parto es considerado entre las 42 y 44 semanas según bases individuales.
- 5.- Toda paciente con embarazo prolongado debe tener monitoreo fetal durante el parto.
- 6.- Hallazgos de sufrimiento fetal debe manejarse inicialmente con: a) cambios de la posición materna, oxígeno, soluciones intravenosa.
- 7.- El PH del cuero cabelludo debe efectuarse cuando las pruebas biofísicas de monitoreo fetal indique sufrimiento fetal.
- 8.- La operación cesárea está reservada para las indicaciones obstétricas

estandar como: a)Inducción fallida. b)Desproporción feto pélvica. c)Mal-
sentación.d)Disfunción placentaria.e)Sufrimiento fetal intraparto.

EJO DEL RECIEN NACIDO:

Evaluación del APGAR al momento de nacer y a los cinco minutos (APGA
del recién nacido está bajo de lo normal).

El recién nacido debe de ser desobstruído para evitar el reflujo gastr
esofágico, con la aspiración de la faringe en el momento mismo en qu
la cabeza a somado antes que lo haga el torax.

Sí se localiza meconio debe aspirarce la tráquea tras la expulsión
realizar lavado gastrico en posición de declive realizado por el Obstétr
Sí lo necesita el recién nacido debe ser sometido a ventilación asistida

ICAS RECOMENDADAS PARA EL MANEJO:

Quando se ha considerado embarazo post-término, que son los de 42 semanas
is de la gestación se debe seguir el siguiente programa:

Descartar Anencefalia ú otra malformación.

Normalidad del peso materno por visitas prenatales semanales para la
valoración del aumento de peso,de la presión arterial.

Evaluar el crecimiento de la altura del fondo uterino.

Estimación del volumen del líquido amniótico mediante la exploración
abdominal

Estimación sonografica de la suficiencia del líquido amniótico y valorac
ción de la propia por su actividad fetal.

Valoración seriada del estriol plasmatico y urinario.

Valoración seriada de bienestar fetal iniciada a las 42 semanas y contin
nuada bisemanualmente, despues de las 43 semanas por medio de estriol,
conteo de movimientos fetales. N.S.T.(test).O.C.T.

Inducir el parto está indicado sí: a) La cabeza fetal está bien fijada
en la pelvis y el cuello este blando, algo borrado y dilatado 2 cm. o
más b) salud fetal,c) Sí no hay contradicciones como sufrimiento fetal,d)
Se debe realizar amniotomía para verificar si el feto no está hipoxémico
por que no puede soportar la sobre estimulación del útero por medio de
la inducción por la disminución de la circulación sanguínea.(7,11,14,16).

VI METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo
Retrospectivo
Observacional

PERIODO DE LA MUESTRA:

Se revisaron todos los expedientes clínicos de todas las pacientes a las cuales se les diagnosticó embarazo de 42 semanas (294 días) o más y de los productos de la gestación, atendidas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Pamplona tomando en cuenta la edad, durante el periodo del 1 de Enero de 1989 al 1 de Enero de 1994.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Se incluyeron a todas las historias clínicas de las pacientes que presentaron impresión clínica de embarazo prolongado (embarazo que se extendió más de 42 semanas o sea 294 días después del primer día de la última menstruación o más días) y al producto de la gestación, atendidas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Pamplona durante el periodo del 1 de Enero de 1989 al 1 de Enero de 1994. Este estudio se realizó en los meses de Noviembre, Diciembre de 1994 y Enero de 1995.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

No se tomaron en cuenta los expedientes de las pacientes que no llenaran los requisitos para el estudio.

RECURSOS Y MATERIALES:

Lugares: - Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Pamplona.

- Archivo clínico, libro de cesáreas, libros de Neonatología, libros de Estadística, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Pamplona.
- Expedientes clínicos de las madres que llevaron su control prenatal y tuvieron su parto en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Pamplona.

- HUMANOS:
- Personal del departamento de archivo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
 - Secretarias del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

MATERIALES:

- ___ Equipo y material de escritorio, calculadora, computadora, bolígrafos
- ___ Hojas de papel.
- Libros de Nacimientos del archivo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Pamplona.
- Libros de post-parto y post-operadas
- Libros de Neonatología
- Expedientes Clínicos.
- Boleta de recopilación de datos
- Material Bibliográfico
- Texto de Consulta.

PROCEDIMIENTO:

Se revisaron todos los expedientes de las pacientes que cursaron con impresión clínica de embarazo prolongado del cual se obtuvo un total de 440 pacientes de las cuales solo 144 pacientes llenaron todos los requisitos necesarios para dicho estudio (42 semanas o 294 días o más). Y de los productos de embarazo prolongado durante el período comprendido entre Enero 1989, y Enero 1994. Se realizó en los meses de Noviembre, Diciembre de 1994, y Enero de 1995.

Además se tomaron los libros de nacimientos de Neonatología y fichas clínicas de las pacientes involucradas en el estudio, se utilizó una hoja matriz elaborada previamente para la recopilación de los datos (ver anexo 1). En la cual se registró la frecuencia de todos los resultados obtenidos en la estadística realizada para dicho estudio.

Siendo este un estudio descriptivo se realizó una revisión en forma directa e individual en el archivo clínico general del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Pamplona el cual fue realizado por el estudiante interesado en dicho estudio.

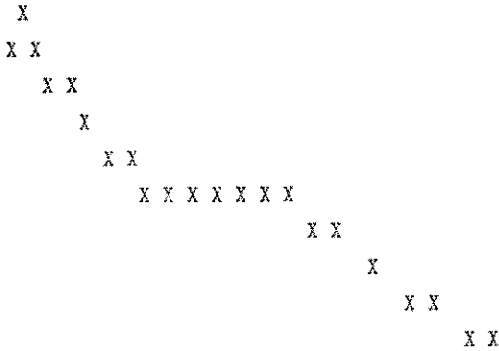
El tratamiento que se le dió a la información recolectada fué análisis tabulación, interpretación en cuadros y porcentajes para una mejor comprensión de los mismos y recomendaciones pertinentes.-

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

V A R I A B L E S

OMBE	CONCEPTUAL	OPERACIONAL
edad de la madre	Tiempo transcurrido del nacimiento hasta la fecha que consulta	Boleta de recolección de datos, años cumplidos.
edad Gestacional	Periodo comprendido desde la fecundación del Ovulo hasta el parto	Boleta de recolección de datos, DOBOWITZ Fecha de ultima Menstruación, Altura Uterina.
Estudio de valoración fetal	Estudio Especifico para evaluar el estado del feto	Boleta de recolección de datos, Ultrasonido Amnioscopia, Estriol-Urinario, N.S.T.(test)
Trabajo de parto	Conjunto de fenomenos fisiológicos que conducen a la salida del claustrero materno de un feto viable.	Boleta de recolección de datos, espontaneo Inducido.
Tipo de parto	Expulsión expontanea por las vias naturales o mecánicas del feto a termino o post-término	Boleta de recolección de datos, parto eutocico simple, Cesárea.
APGAR	Valoración del estado físico general de Recién Nacido.	Boleta de recolección de datos, al minuto, a los cinco minutos.
Meconio	Materia parda verdosa, viscosa neutra, compuesta de moco, bilis y restos epiteliales que evacuan del intestino el/a el Recién Nacido.	Boleta de recolección de datos, presencia Ausencia.
Actitudes clínicas	Disposición de ánimo postura situación clínica de actitud.	Boleta de recolección de datos Hipertensión Arterial, Diabetes Oligoamnios, Otros,

GRAFICA DE GANT



3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 1 2 3 4 1 2 3
 lio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Febrero

- Selección del tema de investigación
- Recopilación de datos bibliográficos
- Búsqueda de Asesor y Revisor
- Elaboración del proyecto de estudio
- Aprobación del proyecto por el Asesor y Revisor
- Ejecución del trabajo de campo
- Recopilación de datos, elaboración de tablas y gráficas
- Análisis y discusión de resultados
- Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
- Presentación de informe final.

VII PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No 1

Comportamiento clínico de 144 pacientes que durante el control prenatal presentaron diagnóstico de embarazo prolongado atendidas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Pamplona. Enero 1989 - Enero 1994.

Comportamiento Clínico	F	%
Hipertensión Arterial	12	8
Oligdrámnios	12	8
Diabetes M.	5	3
Altura Uterina	103	71
Otros	32	22
Total	144	100

Fuente:

Expedientes clínicos, archivo clínico del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Pamplona.

CUADRO No 2

Tipo de estudio de Bienestar Fetal realizado en madres con diagnóstico de embarazo prolongado, atendidas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Pamplona Enero 1989- Enero 1994.

Tipo de Estudio	F	M
Ultrasonido Simple	81	56
Amnioscopia	9	6
N.S.T.(test.)	43	30
Otros	11	8
Total	144	100

fuente:

Expedientes clínicos, archivo, estadística del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Pamplona.

CUADRO No 3

Grupo etareo más afectado en pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado atendidas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto temalteco de Seguridad Social Pamplona. Enero 1989 - Enero 1994.

GRUPO ETARIO		
EDADES	F	Z
15 - 20	28	20
21 - 25	58	40
26 - 30	32	22
31 - 35	17	12
36 - +	9	6
Total	144	100

fuente:

Expedientes clínicos, archivos clínicos, libros de estadística del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS.Pamplona.

CUADRO No 4

Presencia o no de Meconio en el líquido amniótico en pacientes que presentaron diagnóstico de embarazo prolongado atendido en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Pamplona. Enero 1989- Enero 1994.

MECONIO	F	%
Si presenta	92	64
No Presenta	52	36
Total	144	100

Fuente:

Expedientes clínicos, archivo, libro de Neonatología del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Pamplona.

CUADRO No 5

APGAR del Recien Nacido al Minuto y a los Cinco Minutos a la conclusión de las madres que cursaron con diagnostico de embarazo prolongado, atendidas en el Hospital de Ginecología y obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Pamplona. Enero 1989.-Enero 1994.

APGAR	Al Minuto		A los 5 Mints.	
	F	%	F	%
0 - 5	43	30	4	3
6 - 9	101	70	140	97
Total	144	100	144	100

nte:

Expedientes, archivo Clínicos, libros de Neonatología del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Pamplona.

CUADRO No 6

Edad Gestacional Obstetrica con la edad Neonatal del Recien Nacido

la conclusión del embarazo de las pacientes con diagnostico de embarazo prolongado atendidas en el Hospital de Ginecología Y Obstetricia del Instituto Cuatemalteco de Seguridad Social Pamplona. Enero 1989. Enero 1994.

EDAD GESTACIONAL	F	%
Sí coincide	109	76
No coincide	35	24
Total	144	100

fuente:

Expedientes clínicos, archivos clínicos, libros de Neonatología del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Pamplona.

CUADRO No7

Vía de resolución del embarazo de 144 pacientes que presentaron diagnóstico de embarazo prolongado atendidas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad social Pamplona. Enero 1989
Enero 1994.

Vía de Resolución	F	%
P E S	90	63
C S T P	54	37
Total	144	100

Fuente:

Expedientes clínicos, archivos clínicos, libros de cesáreas, libros de post-parto, del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Pamplona

CUADRO No 6

Tipo de trabajo de parto a la conclusión del embarazo en 144 pacientes presentaron diagnóstico de embarazo prolongado, atendidas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de seguridad social en Guatemala. Enero 1989. Enero 1994.

Tipo de trabajo de parto	F	%
Espontáneo	65	45
Inducido	79	55
Total	144	100

:

Expedientes clínicos, archivos clínicos, libros de cesáreas, libros de trabajo de parto, del IGSS. Pamplona.

CUADRO No 9

Presencia de anomalías congénitas a la conclusión del embarazo prolongado en 144 pacientes que presentaron diagnóstico de embarazo prolongado, atendidas en el Hospital de Ginecología y obstetricia del instituto Guatemalteco de Seguridad Social Pamplona. Enero 1989- Enero 1994.

Anomalías Congénitas	F	%
Sí Presentaron	11	8
No Presentaron	113	92
Total	114	100

Fuente:

Expedientes clínicos, archivo, libros de neonatología, libros de Cesárea del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Pamplona.

II. ANALISIS E INTERPRETACION

RO # 1

Según el cuadro el comportamiento clínico de las pacientes el 71% está presentado por altura uterina, sin ningún cambio a quienes se les tomó usualmente ya que según la literatura esta demuestra que puede ser un indicador que sugiera patología que se relacione con embarazo prolongado, oligohidramnios) ya que suele asociarse con la disminución del líquido amniótico y se puede tener una relación con el crecimiento fetal intrauterino (Signo de RUNGE). (18,20).

En segundo lugar lo representa Hipertensión Arterial y oligohidramnios, cual representa el 8% el cual indica que pueden ser factores de riesgo del embarazo ya que se puede presentar con mayor frecuencia compresión del cordón umbilical durante las contracciones uterinas sean espontáneas o inducidas (18).

Y el 22% está representado por otras manifestaciones clínicas como: Desnutrición, sangrado del primer trimestre, Diabetes M. El cual indica que estos factores pueden provocar embarazo prolongado.

DRO # 2

En este cuadro se identifica que el tipo de estudio que con mayor porcentaje se realiza a la madre para valoración fetal en el control prenatal, el 56% está representado por ultrasonido simple, el cual nos indica según la literatura que es un excelente método para corroborar la edad gestacional (11) ya que además sirve para medir la cantidad de líquido amniótico. El segundo estudio representa el 30% de las pacientes, es el N.S.T. (test) el cual es uno de los estudios que se basa en la presencia o ausencia de alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal (5) y el 6% para amnioscopia, el 8% representa otros estudios como: Estriol urinario, Niveles de ácido feto-placentario. Según nos indica la literatura que la combinación de varios estudios para la valoración del bienestar fetal, es importante para la disminución de la Morbi-mortalidad perinatal en estas pacientes.

RO # 3

Del cuadro anterior se puede destacar que los porcentajes más altos corresponden a las pacientes de 21 a 35 años las cuales representaron el 70% de todos los casos por lo que se considera que a esta edad es de mayor riesgo para embarazo prolongado. Y las pacientes de 15 a 20 años representan el 15%, y en la literatura se reporta que esas edades son de riesgo ya que las adolescentes pueden tener un aparato genital con insuficiencia de desarrollo y las cuales pueden ser primíparas y así provocar una mala acción del útero y su contenido y producir Distocias por falta de desarrollo pelviano. Y las pacientes de 36 años a más representan solo el 5% el cual indica la literatura que a esta edad disminuye el riesgo de embarazo prolongado, aunque se ha visto que hay aumento de anomalías.

RO # 4

Según el cuadro nos indica que el 64% de las pacientes a la resolución de embarazo presentaron Meconio fresco en el líquido amniótico y el 36% presentaron Meconionio en el líquido amniótico el cual es considerado de riesgo fetal, indica hipoxia fetal porque en estos pacientes se sabe que la presencia de meconio es secundario a insuficiencia uterina por lo que en el embarazo prolongado aumenta el riesgo de mortalidad perinatal.

RO # 5

De este cuadro se deduce que el APGAR que con mayor porcentaje se encuentra es de 6 a 9 al minuto, el cual tiene el 70% y el APGAR de 5 que es el 30% al minuto, el cual nos indica, que de nuestro estudio el 30% de los recién nacidos presentaron APGAR bajo y según la literatura es considerado que en el embarazo prolongado el APGAR se encuentra por debajo de lo normal el cual según la evaluación del APGAR, el puntaje al minuto al nacimiento nos ofrece una estimación del estado del niño y la pauta de

a función neurológica y cardio pulmonar. Y el APGAR de 6 a 9 a los 5 minutos representa el 97%, el cual tanto al minuto como a los 5 minutos indica que los Recién nacidos del estudio tienen buena pauta de función neurológica y cardio pulmonar. Y solo el 3% del total de los recién nacidos presentaron APGAR de 0 a 5, y a los 5 minutos el cual indica que presenta mala recuperación y pueden cursar con pronostico Neurológico inadecuado dependiendo de el grado de asfixia.

CUADRO # 6

Según el cuadro la correlación de la edad gestacional obstetrica con la edad neonatal representa un 76% que si coincidieron en dicha relación por lo que según la literatura que en un embarazo post-termino el Recién nacido presenta o muestra signos de madurez, ya que el infante dismaduro va presentar cambios clínicos al exámen físico diferentes al recién nacido a término (Piel, Facies, Uñas Nutrición y pelo). Según la clasificación de CLIFFORD. Y sólo el 24% de los Recién nacidos no coincidieron en la correlación de la edad gestacional obstetrica con la neonatal. El cual se considera que dicho cuadro representa claramente que en el estudio si hay correlación en las edades, por lo que se debe tomar en consideración el monitoreo de los Recién nacidos post-termino.

CUADRO # 7

El siguiente cuadro nos indica que la vía de resolución que con mayor frecuencia se presenta es de parto Eutosico Simple con 63% de 144 pacientes el 37% de las pacientes la vía de resolución fue Cesárea Segmentaria Transperitoneal. Tomando en cuenta que para dicho manejo según estudios anteriores se deba realizar Cesáreas Segmentaria Transperitoneal solo en el caso de sufrimiento fetal, la mejor vía de resolución del parto Eutosico Simple para un mejor pronostico materno fetal y disminución de la Morbi-mortalidad materna ya que en la frecuencia de embarazo prolongado la operación cesárea es elevada en contraste con los embarazos a término.

CUADRO # 8

Se puede notar que para la determinación del trabajo de parto el 55% de las pacientes se les realizó inducción y al 45% no se les realizó inducción el cual según la literatura se debe inducir el parto a partir de las 42 semanas de gestación.

CUADRO # 9

En este cuadro se indica el total de 144 pacientes, el 92% no presentaron ninguna anomalía congénita que ocupó el más alto porcentaje, y solo el 8% sí presentó anomalía congénita, aunque la literatura indica que en el ser humano en el embarazo prolongado se asocia con varias anomalías congénitas pero en dicho estudio representa un bajo porcentaje de anomalías congénitas.

IX CONCLUSIONES

La frecuencia de consultas de embarazo prolongado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el período de Enero de 1989 a Enero de 1994 representa el 12% tomando en cuenta solo las que cumplen con el requisito del total de todos los partos atendidos en dicho centro.

Los embarazos post-término se observan con mayor frecuencia entre las mujeres de 21 a 35 años de edad tal como lo indica la literatura.

Las anomalías congénitas solo representan el 8% del total de la población estudiada a la resolución del embarazo post-término.

El parto eutósico simple es el más frecuente y entre los partos eutósicos la operación cesárea ocupa un bajo porcentaje para la disminución de la Morbi-mortalidad materna.

La correlación de la edad gestacional Obstétrica con la edad neonatal se observa en los embarazos de 42 semanas si coincide con la edad gestacional en un 76% de dicho estudio realizado.

Con relación a el APGAR de los Recién nacidos el 33% fueron asfixiados secundario a apnea por embarazo prolongado.

La identificación de meconio en el líquido amniótico del total de embarazos antes del parto el 64% presentó meconio en el líquido el cual representa signos de riesgo fetal e Hipoxia fetal y un elevado porcentaje de Morbi-mortalidad neonatal.

La identificación del embarazo post-término temprano reduce riesgos de Morbi-mortalidad materno fetal como lo demuestran estudios de bienestar fetal.

X RECOMENDACIONES

Concientizar a la población durante la consulta externa sobre la importancia que tiene el llevar un adecuado control prenatal e indicarles los beneficios que ofrece la asistencia del control prenatal temprano.

Elaborar un protocolo específico para el manejo de las pacientes que presentan diagnóstico de embarazo prolongado tomando toda paciente desde las 40 semanas por fecha de última menstruación el cual incluya antecedentes Gineco-Obstétricos relacionados con dicha entidad.

Involucrar a trabajo Social, para que cite a las pacientes que faltan o no asisten a los controles prenatales.

Realizar a todo Recién Nacido cuya madre cursó con sospecha de embarazo prolongado y aplicar los criterios de CLIFFORD.

Monitorizar estrictamente a toda paciente con dicha patología.

XI RESUMEN

El estudio sobre el comportamiento clínico de la madre y los resultados perinatales de los Recién nacidos de madres que presentaron diagnóstico de embarazo prolongado, efectuado sobre una revisión retrospectiva de 5 años (Enero 1989 a Enero 1994). En el departamento del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Pamplona. Durante los meses de Noviembre y Diciembre de 1994 y Enero de 1995, respectivamente.

El cual se revisó en forma directa los expedientes clínicos de las pacientes que presentaron diagnóstico de embarazo prolongado y que asistieron al control prenatal de la consulta externa y que tuvieron su parto en la misma institución.

Dicho estudio se realizó de acuerdo a los objetivos del mismo. De las cuales 440 pacientes presentaron diagnóstico de embarazo prolongado, pero solo 144 pacientes ingresaron al estudio de las cuales llenaban los requisitos necesarios el cual representa el 3% del total de la población en estudio;

Se obtuvieron registros Médicos para llenar la boleta de investigación el cual contenía variables como: Edad materna, edad gestacional por fecha de última menstruación, altura uterina y DUBOWITZ, tipo de estudio para la valoración de bienestar fetal; trabajo de parto, tipo de parto, APGAR, del Recién nacido, vía de resolución del parto, presencia o no de meconio, actitudes clínicas de la madre (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Oligodrámnios). presencia de anomalías congénitas. Lo que posteriormente se realiza en cuadros con los diferentes variables del protocolo.

Dicho estudio pretende identificar en esa población los principales resultados perinatales obtenidos, de los cuales los más relevantes son: que el 33% de los Recién nacidos presentaron asfixia, y el 76% de los Recién nacidos sí coincidieron con la edad gestacional obstétrica con la edad del Recién nacido, el 64% a la conclusión del embarazo presentaron meconio fresco en el líquido amniótico.

El 63% de las pacientes a la resolución fue por Parto Eutósico Simple, solo el 8% del total de la población estudiada presentaron Anomalías Congénitas, de los tipos de estudios realizados Ultrasonido simple representa el 6% que son tipos de estudios para valoración de bienestar fetal.

De este estudio se puede analizar que el embarazo prolongado es detectable por medio de un adecuado control prenatal a unido a un buen plan educacional el cual puede disminuir la Morbi-mortalidad materno fetal.

XII BIBLIOGRAFIA

- BENSON M.D. RALPH; Embarazo Prolongado, en su manual de OBSTETRICIA manual moderno, EDITORIAL MEXICO D.F. 7ª Edición 1985 (pp 61-95).
- CARRINTONG. M.D. ELSIE REID; et al , GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, Editorial. Albuquerque Nuevo Mexico, 6ª edición (pp.634-638).
- DAN FORTH DAVID. N; Prolonged pregnancy; en su OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. Fourth edición. Editorial DLGMAN LOS ANGELES C.L. (pp 449-452).
- DIVON MICHAEL, M.D; Macrosomia in the postdate pregnancy clinics OBSTETRICS AND GYNECOLOGY de Norte America. Editorial Cuest March.1992 volumen 35 (pp 151-153).
- EUGENE C. SAMBERG; Post-madurez, en su OBSTETRICIA, 24ª Edición el Ateneo (pp 244- 245).
- ENG-SOON SHAN R.; The current status of GYNECOLOGY, material PH y solo GY and Patology. Editorial Ritmas 1993 volumen 4 series. San Luis (pp54-54).
- FREDERIK P ZUSPAN; Active Management of Prolonged pregnancy. America Journal of Obstetrics and Gynecology, Volumen N° 2,1993 (pp 557-562).
- HAUTH J.C. et al; the problem of Prolonged Pregnancy. America Journal of Obstetrics and Gynecology 1980 October. (pp 467- 469).
- HOFFMAN. J.H. et al; the Problem of Prolonged Pregnancy. Current Problems in Obstetrics and Gynecology. 1982 August; (pp 7-45).
- JEFFREY P.; Postdate Pregnancy. Antenatal Assessment of fetal well Being. Annual, OBSTETRICS AND GYNECOLOGY OF Norte America, editorial Post datum, volumen 32 Junio 1989. (pp 235- 241).
- ADRAGON CASTRO HECTOR; OBSTETRICIA Básica ilustrada, 3ª edición Editorial Trilla, México 30 de Enero 1990 (pp 450- 452).

ISWADER KENNETH R. M.D.; Manual Obstetrics diagnosis and terapy;
ditado a. Litle Brow Boston. Sept.Seventh 1982.(pp 243-245).

ISWADER K.R.; MANUAL DIAGNOSTRICO Y TRTAMIENTO DE OBSTETRICIA. SALVAT
ª edición Barcelona 1986.

ELSON E. WALDO M.D.; Recien nacido post termino en su pediatria,edito
rial Interamericana 13ª edición México,1990 (pp 404-405)

QUEENAN. JOHN; Asistencia del embarazo prolongado, en su OBSTETRICIA
EN ATENCION DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO, 2ª edición, el manual moderno
S.A. México 1989. (pp 418-428).

QUEENAN JOHN; et al Normas para la atención del embarazo de alto
riesgo. Manual moderno S.A. México 1984 (pp 23-65).

SANCHEZ M. AURA; EMBARAZO PROLONGADO. Evaluación de las pruebas sin
strees(NST) como predictor de bienestar fetal;Estudio efectuado en
19 pacientes con embarazo prolongado durante el período Noviembre
1987, enero 1988. En el departamento de Obstetricia del Hospital
Roosevelth. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de san carlos facultad
de Ciencias Médicas . Guatemala Abril de 1988 (49 P).

SCHWARCZ; Embarazo prolongado .en su OBSTETRICIA 3ª y 4ª edición,
el ateneo 1973 (pp 549-556) (pp 205-207) 4ª edición 1988.

TITUS M.D. PAUL; Prolonged pregnancy of OBSTETRICS AND GINECOLOGY,
editorial the C.V Mosby 3ª edición st. loui (pp 449-454).

URANGA IMAZ FRANCISCO; Obstetricia práctica, 5ª edición editorial
interamericana. 1982 (pp 425-443).

WILSON J. ROBERT M.D. Diagnosis and duration of pregnancy and prenatal
of OBSTETRICS AND GINECOLOGY editorial Michigan 1989. (pp 244-247).

WILLIAMS LOUIS ET AL ; Embarazos post termino, en su OBSTETRICIA 3ª
edición . México Salvat. 1990 (pp 739-742).

II BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

1- Nº de afiliación _____

2- Edad de la paciente _____

3- Edad Gestional, por fecha de la última menstruación _____ por

DUBOWITZ _____ Semanas _____ Días _____ Por altura uterina _____

4- Que tipos de estudios se realizarón para valorar el bienestar fetal.

Ultrasonido _____ RX _____ Amnioscopia _____ Amniocentesis _____

Estriol Urinario _____ N.S.T.(Test) _____ Altura uterina _____

5- Trabajo de Parto:

Espontaneo _____ Inducido _____

6- Tipo de parto:

Parto eutósico simple _____ Cesárea _____

7- APGAR:

Al momento de nacer _____ A los cinco minutos _____

8- Meconio:

Ausencia _____ Presencia _____

9- Actitudes clínicas de la madre: Hipertención arterial _____

Diabetes M. _____ Oligoamnios _____ Otros _____

10-Anomalías Congénitas más frecuentes. _____

V REVISION BIBLIOGRAFICA

EMBARAZO PROLONGADO:

El embarazo prolongado post-término se define como un embarazo que se extiende más allá de las 42 semanas o 294 días, a partir del primer día del último período menstrual (1,10,18).

También se puede definir como un embarazo prolongado y su doble desviación estándar de más o menos 14 días o más sobre la media aritmética del embarazo ordinario de gestación (19).

Sin embargo, el concepto de embarazo prolongado. Solo es inequívoco cuando se aplica a la duración del embarazo.

Si se refiere al feto surgen dificultades pues no todos los niños nacidos de un embarazo prolongado, muestran signos de esta prolongación, y por que además de los llamados signos de embarazo prolongado se encuentran también niños nacidos a término o tras una duración menor cuando ha ocurrido una insuficiencia placentaria.

No se puede determinar en sí, una definición clara para el Obstetra o el pediatra de lo que es embarazo prolongado.

DEFINICION OBSTETRICA:

Segun la sociedad Gineco-Obstétrica (FIGO). el embarazo prolongado es aquel que se extiende más allá de los 294 días a partir del primer período o la última menstruación, basandose en una cuidadosa información de la edad estacional (2,19,21).

DEFINICION NEONATAL:

El infante dismaduro es un síndrome clínico definido en tres estadios de severidad por CLIFFORD.

STADIO I

Fetos con signos o hallazgos habituales defectuosos tales como: Piel pálida, epitelio descamado, desnutrición, ausencia lanugo, ausencia de grasa subcutáneo, facies alerta y apesivo vermíx disminuido.