

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"REALIDAD Y CORRELACION DE EDAD CALCULADA DE
LA FECHA PROBABLE DE PARTO CON LA FECHA REAL"

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

RUDY OSBALDO CASTAÑEDA ROLDAN

En el acto de investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

- 1 INTRODUCCION
- 2 OBJETIVOS
- 3 ANTECEDENTES
- 4 MATERIAL Y METODOS
- 5 RESULTADOS Y DISCUSION
- 6 CONCLUSIONES
- 7 RECOMENDACIONES
- 8 BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

En la actualidad en nuestro medio adoptamos datos estadísticos y reglas establecidas de otros países. Este trabajo surge con el propósito de demostrar la realidad de la regla de Naegele. Para lo anterior utilizamos 200 papeletas con control prenatal en el Hospital General San Juan de Dios.

En los casos que no se encuentren otros factores que alteren este dato, tales como latrogenia hormonal, lactancia, última regla menstrual, consideramos que pueden tener una utilidad mayor sobre tales, para establecer la madurez desde el punto de vista cronológico, y para aplicarse con más seguridad en los diversos centros asistenciales tanto urbanos como rurales, en los cuales no se encuentran recursos suficientes para diagnóstico, tales como Rayos X, ultrasonografía, laboratorio para análisis de líquido amniótico, etc.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo de investigación es contribuir en pequeña parte a la literatura médica guatemalteca.

Objetivo General:

Efectuar recopilación de datos de 200 fichas médicas de pacientes embarazadas que tuvieron control prenatal, para verificar la regla de Naegele, con la fecha real de nacimiento.

Objetivos Específicos:

- a) Establecer relación última regla y fecha probable de parto con fecha real de nacimiento.
- b) Verificar certeza de reglas conocidas - Naegele, para el pronóstico de la fecha probable de parto.
- c) Obtener datos de peso promedio del recién nacido en nuestro medio con embarazos a término.
- d) Correlación de edad y paridad de las pacientes con duración de el embarazo.
- e) Obtener datos de medicamentos anotados - más utilizados en control prenatal.
- f) Tabular los datos obtenidos elaborar gráficas con los mismos, y comentarios en relación a cada uno de ellos.

ANTECEDENTES

Estudios efectuados en los Estados Unidos de - Norte América, Inglaterra, etc., han llegado a la conclusión que la duración promedio del embarazo humano, contando desde el primer día del último período menstrual, es de 280 días o 40 semanas.

La regla de Naegele consiste en calcular la fecha esperada del parto, tomando como base el primer día de la última menstruación a la cual se le suman siete días, y se le restan tres meses, siendo esta la regla que más se aproxima a la duración cronológica del embarazo. Este método de cálculo proporciona sólo una aproximación, aún cuando alrededor del 40 por ciento de las mujeres embarazadas entran en trabajo de parto dentro de los cinco días de la fecha calculada, y casi los dos tercios lo hacen dentro de los diez días.

Por lo tanto la prolongación del embarazo en más de dos o tres semanas después de la fecha esperada de parto, calculada por la regla de Naegele es bastante rara.

Tenemos además la regla de Whal, por medio de la cual nos proveemos de datos estimados de la edad gestacional, consistiendo esta, en que al primer día de la última menstruación se le agregan 10 días y se le restan 3 meses.

La regla de Pinard que consiste en que a la fecha que terminó la menstruación se le agregan 10 días y se le restan 3 meses.

Haciendo una evaluación del abdomen para determinar en que parte se encuentra el fondo del útero, podemos llegar al diagnóstico de la edad de embarazo.

El fondo del útero es palpable sobre la sínfisis del pubis desde la 12 semana, entre la sínfisis y el ombligo a las 18 semanas y se encuentra en el ombligo a las 22 semanas, así sucesivamente. Utilizando las medidas en centímetros sumando como promedio de 4 a 7 centímetros para establecer la edad real en semanas.

Además tenemos la importancia de la altura del útero cuando se persigue establecer la edad real del embarazo, predominantemente cuando se integra a otros factores, tales como: Percepción de movimientos, tiempo de la primera auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, con fetoscopios corrientes (De Left, Delee, Pinard), situación que ocurre entre la 18 y 22 semanas.

Las mediciones sucesivas con cinta métrica tradicional, siendo la más utilizada en nuestro medio, tiene su mayor importancia en consulta pre-natal, donde vemos el aumento de tamaño del útero, y lo comparamos con la última regla, para establecer la edad del embarazo.

Las razones de pérdida de relación entre edad real y última regla, y altura uterina, se debe a diversos factores en algunas situaciones excepcionales o patológicas, el dato puede perder fidelidad, como por ejemplo: Raza, constitución física, lactancia, desconocimiento de la edad cronológica del embarazo (fecha de última regla). Pudiendo encontrar aumento en presencia de embarazo múltiple, embarazo molar, hidramnios, tumores uterinos, diabetes mellitus, pacientes obesas y con ascitis, los valores sub-normales puede corresponder a embarazos molares fallidos, óbitos fetales, oligohidramnios, anomalías fetales, desnutrición e insuficiencia placentaria.

Existen estudios extensos de pos-maturidad, que

el 12% de mujeres no empiezan el parto hasta 294 días o más, de haberse iniciado el último período menstrual. Ahora bien cuando un parto excede más de 15 días después de la fecha calculada, estos casos pueden ser discutibles, ya sea debido a irregularidad menstrual o porque la mujer pudo haberse confundido sobre la fecha de su último período menstrual.

Por lo tanto la prolongación del embarazo en dos semanas o menos se considera generalmente como un proceso fisiológico, que no repercute en el recién nacido.

Queremos hacer mención que hay circunstancias en las cuales la regla de Naegele, para calcular fecha probable de parto carece de valor, para los casos en los cuales la concepción se produce durante el período de amenorrea.

MATERIAL Y METODOS

Se obtuvieron los registros medicos de los libros de Labor y Partos, y Prenatal (sección del Departamento de Obstetricia). Luego se revisó 200 historias clínicas de los pacientes que tuvieron control prenatal y fueron asistidas en Labor y Partos del Hospital General San Juan de Dios.

Con los datos obtenidos, estos se tabularon, se efectuaron los comentarios, y llegado a conclusiones adecuadas con propósito del estudio mencionado.

RESULTADOS Y DISCUSION

Después de la revisión, obtención de datos, tabulación y análisis de los mismos, tenemos que en nuestro medio la regla de Naegele se cumple en el 31.75% de las pacientes, que tienen su parto entre los 10 días, ya sea antes o después de la fecha calculada probable de parto.

Todas las historias clínicas que se revisaron tenían más de tres consultas prenatales, se les habían recetado sulfato ferroso y prenatales en su mayoría. Se tomó como base para lo anterior el examen de hemoglobina de 12 gramos por ciento y los que se encontraban por debajo; así como los que tenían un hematocrito de 39mm por ciento o menor.

Además según los datos obtenidos y que podemos comparar en las gráficas, vemos que la mayoría de las pacientes que tuvieron control pre-natal, fueron las gran multíparas, posiblemente por tener mayor experiencia de las ventajas de este control o por haber tenido algunas complicaciones en partos anteriores, en los cuales no tuvieron control prenatal, y tratan de prevenir. En segundo lugar consultaron las primigestas lo que nos indica la importancia que tendría un plan educacional a nivel nacional.

La mayoría de los recién nacidos presentaron un estado satisfactorio de acuerdo a su APGAR teniendo problemas con el producto del parto gemelar y con el parto de 31 semanas por última regla, los cuales nacieron deprimidos necesitándose tratamiento de acuerdo a criterio del departamento de Pediatría.

Respecto al peso de los recién nacidos podemos decir que el 98% fue adecuado, ya que el promedio de

peso por recién nacido fue de 6.2 libras, siendo solamente el 2% el porcentaje que tuvo bajo peso al nacer, tomando en cuenta la clasificación que hace la O.M.S.; correspondiendo a este porcentaje el parto gemelar y el parto de 7 meses (31 semanas).

La mayoría de los recién nacidos fue de sexo femenino dándonos un porcentaje de 54.23%, y los de sexo masculino un 45.77%.

DESVIACION DE LA FECHA CALCULADA DE PARTO SEGUN LA REGLA DE NAEGELE

CUADRO Nº 1

Días	Parto Precoz	Parto en la fecha calculada	Parto Posterior
0		2	
1 - 5	41		21
6 - 10	44		23
11 - 15	19		18
16 - 20	8		14
21 - 25	5		--
26 - 30	2		--
31 ó mas	3		--
Total	122	2	76

La regla establece la fecha probable, en el día indicado más o menos 15 días. Por lo que encontramos con certeza la fecha en dos pacientes que constituyen el 1.03%. Las mujeres embarazadas entran en trabajo de parto dentro de los 5 días de la fecha calculada - nos da un 31.75%, las que lo hacen dentro de los 10 días un 34.36%, y dentro de los 15 días un 18.98 %.

De los casos que exceden más de 15 días nos da un porcentaje de 5.13 %, y el 8.75% corresponden a partos con menos de 38 semanas de edad gestacional.

Por lo que este trabajo demuestra que sí se cumple la regla de Naegele en nuestro medio en el 86.12% de los casos.

CUADRO Nº 2

EDAD DE LAS PACIENTES

Edad en años	Nº pacientes	%
15 - 20	61	30.5
21 - 25	57	28.5
26 - 30	48	24.0
31 - 35	17	8.5
36 - 40	13	6.5
41 - 45	3	1.5
46 - 50	1	0.5
TOTAL	200	100.0

La madre mas joven cuya historia es auténtica, que dió a luz por operación cesárea el 15/5/39, tenía 5 años 8 meses de edad. Según estadísticas de alvídades de los Estados Unidos de Norteamérica, el embarazo después de los 47 años de edad es raro. En la ciudad de Nueva York el embarazo después de los 50 años de edad, solo ocurre aproximadamente uno entre 50,000 nacimientos. En nuestro estudio la paciente de menor edad tenía 15 años y la de mayor edad fue de 47 años. Tenemos que la mayor incidencia que consultaron fue de los 15 a 30 años, por ser la época de mayor actividad sexual.

CUADRO Nº 3

NUMERO DE GESTAS

Número de Gestas	Nº pacientes	%
1	49	24.5
2	42	21.0
3	33	16.5
4 ó mas	76	38.0
TOTAL	200	100.0

Nos demuestra el presente cuadro que las gran multiparas, son las que consultan más por su control pre-natal, lo cual puede ser quizá debido a experiencias en embarazos anteriores.

CUADRO Nº 4

CLASE DE PARTOS

Clase	Número	%
P.E.S.	177	88.5
P.E.G.	1	0.5
P.D.S.	5	2.5
C.S.T.P.	17	8.5
TOTAL	200	100.0%

La mayoría como se comprueba fue atendida de parto eutócico simple, siguiendo en el orden con el segundo lugar las intervenciones quirúrgicas (C.S.T.P.), luego los partos distócicos simples, colocándose fórceps profilácticos bajo sin ninguna complicación. En la presente revisión no hubo ningún fallecimiento pos-operatorio ni por atención del parto, de la madre ni del recién nacido.

CUADRO Nº 5

PESO DEL RECIÉN NACIDO

Libras	Nº de R.N.	%
1.1	1	0.5
3	2	1.0
4	1	0.5
5	38	19.0
6	89	44.0
7	60	30.0
8	10	5.0
TOTAL	201	100.0%

En este cuadro encontramos 201 recién nacidos, queremos hacer constar que se atendió un parto eutócico gemelar univitelino, siendo el producto con pesos de 1.1 y 3.2 libras respectivamente.

Además se atendió un parto eutócico simple de 7 meses o sea 31 semanas por última regla. La anterior observación es para dejar constancia que los 3 recién nacidos de menor peso corresponden a estos dos partos. Podemos decir que un 98.0% de los recién nacidos tenían un peso adecuado.

CUADRO Nº 6

Grupo Etnico	Número	%
Indígena	11	5.5
Ladina	189	94.5
TOTAL	200	100.0

Con el presente cuadro queremos solamente dejar constancia del porcentaje de la raza indígena como ladina, que consulta para su control prenatal al hospital.

CUADRO Nº 7

SEXO DEL RECIÉN NACIDO

Nº Recién Nacidos	Sexo	%
92	M	45.77
109	F	54.23
TOTAL	201	100.0

CUADRO Nº 8

MEDICAMENTOS RECETADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PRE-NATAL

	Nº pacientes	%
Con medicamentos	131	65.5
Sin medicamentos	69	34.5
TOTAL	200	100.0

Según los datos obtenidos, los medicamentos que se usaron en el período pre-natal fueron: El sulfato ferroso y los prenatales, siendo más frecuente el hierro.

CUADRO Nº 9

HEMOGRAMA

Número de Pacientes	Hb. en gramos	%
7	9	3.5
19	10	9.5
37	11	18.5
63	12	31.5
43	13	21.5
23	14	11.5
7	15	3.5
1	16	0.5
200		100.0

CUADRO Nº 10

HEMOGRAMA

Número de Pacientes	Hct. en mm %	%
6	32	3.0
10	33	5.0
10	34	5.0
11	35	5.5
46	36	23.0
38	37	19.0
4	38	2.0
30	39	15.0
25	40	12.5
4	41	2.0
1	42	0.5
9	43	4.5
6	44	3.0
200		100.0

Según el cuadro de hemograma tenemos que tanto la hemoglobina como el hematocrito, se encuentran bajos en un porcentaje de 62.75%, regular en un 18.25% y adecuado en un 19%. Lo cual podemos relacionarlo con el 65.5% de los pacientes que recibieron medicamentos durante su control pre-natal.

CUADRO Nº 11

AN ABORTOS

Número de abortos	Número de Pacientes	%
0.1	29	14.5
0.2	9	4.5
0.3 o +	2	1.0
T o t a l	40	20.0

CUADRO Nº 12

LEGRADOS

Número de legrados	Número de Pacientes	%
0.1	29	14.5
0.2	9	4.5
3 o +	2	1.0
T o t a l	40	20.0

CONCLUSIONES.

- 1.- La relación de última regla y fecha probable de parto tiene la mayoría un margen de más o menos dos semanas, con la fecha real de nacimiento. Por lo que la regla se considera a decuada para el pronóstico de la fecha del parto.
- 2.- La regla de Naegele para el pronóstico de la fecha probable de parto, según el estudio realizado se cumple en el 86.12%.
- 3.- Los datos estadísticos nos dan un 31.75% de los pacientes que entran el parto dentro de los 5 días, y las dos terceras partes lo hacen dentro de los 10 días de la fecha calculada.
- 4.- Solamente el 5.13% de los casos exceden más de 15 días, y el 8.75% corresponden a partos antes de los 15 días de la fecha calculada.
- 5.- El peso promedio de los recién nacidos de las pacientes con control prenatal es adecuado, siendo este de 6.2 libras.
- 6.- Se utilizan más frecuentemente el sulfato ferroso y prenatales en el servicio de control pre-natal lo cual es lógico en nuestro medio.
- 7.- La edad más frecuente de las pacientes que consultaron fue entre los 15 a 25 años.
- 8.- El porcentaje más elevado de consulta prenatal, se obtuvo en el grupo de las gran multiparas, 75.5%, siguiendo las primigestas con 24.5%.

9.- Las pacientes que fueron atendidas antes de la fecha calculada fue por parto prematuro, parto gemelar, cesárea.

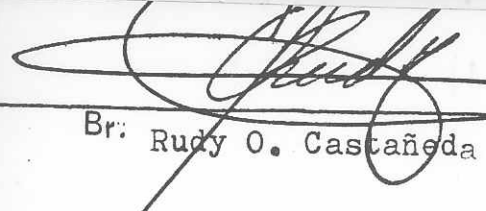
10.- Las que fueron atendidas después de la fecha calculada fue por equivocación en la fecha de su última menstruación.

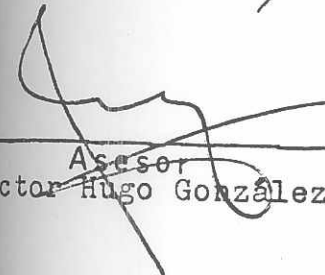
RECOMENDACIONES

- 1.- Hacer más conciencia en las pacientes de la importancia de la consulta pre-natal a todo nivel.
- 2.- Tratar de coordinar con el Ministerio de Educación, un plan de extensión tanto en Institutos públicos como privados, sobre la importancia del control pre-natal.
- 3.- Llevar un mejor control del aumento del peso de las pacientes, para una mejor evaluación de su estado alimenticio.
- 4.- Acudir a todos los recursos diagnósticos posibles para obtener una fecha probable más adecuada.
- 5.- El cálculo de la fecha probable no debe basarse exclusivamente en las reglas conocidas.
- 6.- Promover estudios a nuestro nivel que nos brinden comprobación de datos obtenidos en otras latitudes.

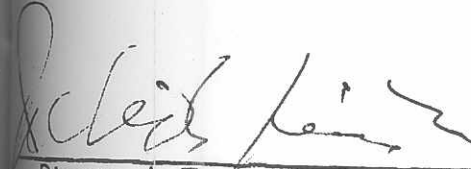
BIBLIOGRAFIA

- 1.- Helhman, L. M. y J. A. Pritchard. Fisiología materna en el embarazo. En su: Obstetricia de Williams. Barcelona, Salvat, 1,973. pp. 204-258.
- 2.- Schwarcz Ricardo. Mujer embarazada. En su: Obstetricia. Buenos Aires, El Ateneo, 1,973. pp. 105-158.
- 3.- Benson C. Ralph. Handbook of Obstetric and Gynecology. California, Lange Medical Publications, 1974. pp. 48-55.
- 4.- Dewhurst, C. J. Control de embarazo. En su: Obstetricia y Ginecología para pos-graduados. Barcelona, Salvat, 1,978. pp. 188-192.
- 5.- Rosenvasser, E. B. Clínica del parto. En su: Terapéutica obstétrica; tratado de obstetricia para estudiantes y médicos prácticos. Buenos Aires, Talleres Gráficos Didat, 1,962. pp. 47-54.-


Br. Rudy O. Castañeda Roldán.


Asesor
r. Victor Hugo González Azmitia

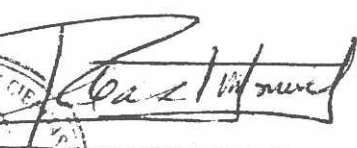

Revisor
Dr. Salvador López M.


Director de Fase III
Dr. Julio de León Méndez.




Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo. Bo.


Decano