

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**EMBARAZO PROLONGADO, SUS CAUSAS
Y COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL
ROOSEVELT"**

Miriam del Rosario Corzo Meléndez

PLAN DE TESIS

	Página.
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	3
JUSTIFICACIONES	5
HIPOTESIS	7
ANTECEDENTES	9
MATERIAL Y METODOS	27
. PRESENTACION DE RESULTADOS	29
I. CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	51
BIBLIOGRAFIA.	53

INTRODUCCION

El diagnóstico de EMBARAZO PROLONGADO, es difícil, - si nó imposible; sobre todo cuando la mujer consulta ya avanzado el mismo.

Los métodos para llegar a establecerlo, son múltiples, como se verá en el transcurso del presente trabajo. Es esencial tener en cuenta en lo que respecta a la muerte fetal antes del parto - debido a Embarazo Prolongado, ya que debe hacerse énfasis en - ello, basándose, además, en observación temprana del embarazo.

Lo que sucede en la mayoría de los casos, es que la mujer olvida la fecha de su último período menstrual y si éste fue normal en duración y cantidad, es entonces cuando las mediciones de altura uterina son de gran ayuda aunado ello a lo que la paciente nos refiere respecto a cuándo empezó a sentir movimientos fetales, ya que si no coincide ello con la época en que normalmente debería manifestarse, debe entonces iniciarse una investigación más profunda tendiente a encontrar la causa que lo produce.

Es sumamente importante, entonces, el control Prenatal, en toda mujer desde el inicio del embarazo, ya que sólo vigilando estrechamente la evolución de éste, se podrá evitar los riesgos que conlleva su prolongación, tanto maternas como fetales. (2, 3, 4).

El conocimiento y la comprensión de este problema es nuestra mejor arma para ofrecer un manejo adecuado de esta entidad.

Es por ello que se desea colaborar, acaso en poca medida, para establecer y tomar decisiones respecto a su tratamiento.

Siendo este un tema poco común y del cual no hay estudios en el Hospital Roosevelt, se pretende, con el presente trabajo, determinar la incidencia del mismo, las causas etiológicas más frecuentes, conocer los fenómenos asociados, predisponentes y desencadenantes de ello.

Conocer las diferentes teorías que tratan de explicar la prolongación del embarazo. Además se tratará de conseguir esos objetivos por medio de la Revisión de las Historias Clínicas de las pacientes ingresadas en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt con diagnóstico de Embarazo Post-Maturo, en el período de tiempo comprendido del mes de junio de 1979 al mes de abril de 1980.

Se encontró un total de 15 casos en un total de 12,267 partos. Dando una incidencia de 1 en 818.

Se pretende, además que sirva el presente trabajo, como medida recordatoria para el estudiante y medio de revisión para el médico.

Si contribuye en algo a lo anterior y a despertar el interés para efectuar nuevas revisiones a dicho problema, habrá cumplido, entonces, su objetivo más importante.

OBJETIVOS.

1. Revisar la incidencia del problema: Embarazo Prolongado, en el Hospital Roosevelt.
2. Establecer los fenómenos asociados, predisponentes y de ser posible desencadenantes del problema.
3. Tratar de comprobar si los casos clasificados en el departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, como Embarazo Prolongado, en realidad lo fueron.
4. Tratar de establecer si hubo anomalías fetales (congénitas) que hayan contribuido a la Prolongación del Embarazo.
5. Dar a conocer las diferentes teorías respecto a Embarazo Prolongado.
6. Tratar de establecer los diferentes métodos y formas para llegar al diagnóstico de Embarazo Prolongado.
7. Investigar las complicaciones y determinar el manejo actual de las pacientes que presentan prolongación en su embarazo.
8. Tratar de enmendar errores cometidos al hacer el diagnóstico, en beneficio de mejores métodos terapéuticos.

JUSTIFICACION

El presente trabajo, obedece al afán de interesar tanto al -
médico como al futuro médico sobre el conocimiento y detección
del Embarazo Prolongado, problema que, en nuestro Hospital Roo-
sevelt, aún no ha sido estudiado y por lo tanto su manejo no es -
muy frecuente; así como el de establecer datos que orienten hacia
la incidencia, causas predisponentes, complicaciones más frecuen-
tes y tratamiento del mismo.

HIPOTESIS

1. En el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, el Embarazo Prolongado, se comprueba en todos los casos - estudiados.
2. En todos los casos estudiados, existen anomalías congéni--tas que predisponen a la Prolongación del Embarazo.
3. El Embarazo Prolongado conlleva a la muerte fetal en to--dos los casos estudiados.
4. A todas las pacientes estudiadas, se les efectúa estudios - especializados, en el Departamento de Maternidad, ten--dientes a comprobar el diagnóstico de Embarazo Prolonga--do.

ANTECEDENTES

1. SE EFECTUO LA REVISION DE TRABAJOS DE TESIS, EN LA BIBLIOTECA DEL HOSPITAL ROOSEVELT, Y ELLO NO PRO PORCIONO DATOS ACERCA DEL TEMA.
2. POR TRATARSE DE UN TEMA QUE NO HA SIDO ESTUDIADO EN ESTE HOSPITAL SE EFECTUO, ENTONCES, REVISION DE LITERATURA EXTRANJERA A MANERA DE REVISION BIBLIOGRAFICA.

REVISION BIBLIOGRAFICA.

Existen diferentes criterios referentes a la duración del embarazo normal, ya que resulta difícil de establecer. Los momentos precisos de impregnación y de la implantación son aún desconocidos; por lo tanto estará enmascarada por las oscilaciones de éstos. (4,10,14).

La incidencia de embarazo prolongado, según diferentes autores, (que lo dividen en poco prolongado y prolongado) es de - - 10.4% si se toma como poco prolongado contando hasta las 41 semanas, ó de 3.5% si los embarazos prolongados se consideran de 42 semanas. (2, 14).

La incidencia de sufrimiento fetal y nacimiento con trabajo de parto irregular y que se resuelve con cesárea, es elevado, según varios autores ingleses, quienes han demostrado que cuando existe Toxemia en Embarazo Prolongado, puede ocurrir la muerte fetal ante parto, intraparto y neonatal, siendo la neonatal la menos frecuente. (1, 2, 14, 15). Así como también, han demostrado que -- hay evidencia de cambios profundos en placenta, en los embarazos prolongados, tales como calcificaciones, disminución de la cantidad de líquido amniótico, disminuyendo también la circulación -- placentaria materna, en algunos casos imposibilitando el intercambio placentario de gases, en este caso, disminuyendo posiblemente, el intercambio de oxígeno y como consecuencia de ello, el feto de ja de crecer in útero. (1, 2, 14).

Algunos autores han demostrado que la madre añosa y la alta mortalidad perinatal están asociados con Embarazo Prolongado y se ha comprobado, también que los bebés post-maduros no son -- especialmente grandes.

Algunos autores opinan que las intervenciones quirúrgicas -- para efectuar el nacimiento son justificadas al completar las 42 se

manas, o si es que existe toxemia, ó cuando la mujer es añosa ó tiene sobrepeso. (1, 2, 14, 15).

De acuerdo con las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría, Fetus y Recién Nacidos; la división básica de la edad gestacional de un bebé se refiere como: Pre-término, A término y Post-término. Aceptando 2 semanas como un error razonable en la edad gestacional calculada, basados a partir -- del primer día del último período menstrual (1).

A término es referido el bebé que nace con edad gestacional desde las 38 semanas completas hasta antes de haber completado 41 semanas. Pre-término, cuando los recién nacidos son -- dados a luz antes de las 38 semanas y Post-término cuando el -- bebé nace después de haber completado las 41 semanas. Luego, se han efectuado estudios basados en el peso del niño al nacer -- (1), llegándose a la conclusión que los niños nacidos a partir de las 37 semanas han alcanzado ya su peso máximo, siendo éste de 2,500 gramos y como mínimo 1,500 gramos, aunque generalmente, los que pesan esto último han muerto al nacer, habiendo nacido a término. (1).

En Inglaterra, en el año de 1974, al utilizar Amniocentesis abdominal como método de diagnóstico de madurez fetal, como complicación de ello, fueron reportados 2 casos de muerte fetal, produciéndose en uno un pneumotórax y en el otro un hematoma espinal, ambos casos fueron resueltos por Cesárea. (7).

También en Inglaterra, en el año de 1979, se efectuó un estudio en 180 mujeres embarazadas utilizando pruebas de tolerancia de oxitocina y la presencia de meconio al iniciarse el -- trabajo de parto. (11, 12). Se concluyó que la identificación -- del meconio en el líquido amniótico es bastante objetiva. El -- meconio estuvo presente en 22% de los embarazos prolongados -- de la muestra tomada; así mismo se demostró que la incidencia --

de meconio aumenta a 44 % cuando ocurre el nacimiento, corroborándose el aumento de riesgo perinatal previamente reportado. En el manejo de estas pacientes con niveles de oxitocina en inducción durante el parto, se observó que es de bastante ayuda para evitar -- sufrimiento fetal, es decir, el riesgo perinatal disminuye y se deduce que se podría, entonces utilizar como método en el manejo obstétrico en el futuro, para controlar a las pacientes clínicamente. -- (11, 12).

En Inglaterra se ha utilizado últimamente, a partir de 1975, -- la amnioscopia para detectar presencia de meconio en el líquido -- amniótico y los resultados en investigaciones prospectivas, demuestran falsos positivos infrecuentes pero falsos negativos son comunes. Este es otro método del cual se espera obtener, con su utilización, altos beneficios para evitar sufrimiento fetal y prolongación del embarazo. (7, 8, 11).

Diferentes autores recomiendan evitar las cesáreas electivas en los embarazos prolongados ó cuando se comprueba que ya hay -- madurez pulmonar fetal, ya que la mayoría de éstos pueden ser resueltos con partos inducidos, pues se ha comprobado que si el niño, radiológicamente, presenta un diámetro biparietal normal y su frecuencia cardíaca se mantiene normal, es capaz de poder nacer induciendo el parto. (2, 6, 12, 15).

En México, en el Servicio de Perinatología del Centro Hospitalario "20 de noviembre", se llevó a cabo un Estudio de Madurez Fetal y Estriol en líquido amniótico al final del embarazo. Para ello se procesaron líquidos amnióticos de mujeres portadoras de embarazos sin patología aparente, casi todas ellas con trabajo de -- parto inicial, se les practicó amniocentesis transabdominal extrayendo 25ml. de líquido amniótico, el cual fue remitido para estudio de estriol según la técnica de Biggs (Cromatografía de gas). Se concluye en ese estudio que el método aunque diseñado fundamentalmente para valorar vitalidad de la unidad fetoplacentaria puede ser útil para la investigación de la madurez fetal, aunque exis --

ten otros métodos más sencillos para ello.

El método adquiere importancia cuando aunado al estudio de madurez fetal haya necesidad de valorar la unidad fetoplacentaria en embarazos de Alto Riesgo. (13).

Como se puede observar, la mayor parte de la bibliografía que nos aportó datos para efectuar este trabajo de tesis, es en su casi totalidad de escuelas Americanas o Inglesas, por lo que se espera que puedan ser utilizados los métodos diversos que hacen mención como ayuda futura, al diagnóstico de Embarazo Prolongado de los casos que se presenten en nuestros Hospitales Nacionales.

DEFINICION.

EMBARAZO PROLONGADO: Se habla comúnmente de prolongación del embarazo, cuando la duración de éste excede su límite máximo fisiológico (42 semanas).

Duración Fisiológica: Es de 10 meses lunares (de 28 días) ó de 9 meses calendario (de 30 días) ó 40 semanas (273-280 días).

A las 40 semanas de gestación (280 días), se registra el mayor número de nacimientos. A partir de esta fecha, la duración del embarazo disminuye en frecuencia. Los embarazos que pasan de las 41 semanas (287 días), son aproximadamente el 10.4%; los que pasan las 42 semanas (294 días), son aproximadamente el 3.5%. (10, 14).

Existen diferentes criterios respecto a la duración del embarazo normal, pero la mayoría acepta actualmente que es de 280 días, sin su doble desviación standard, de más o menos 14 días (2 semanas), aceptado esto por la Federación Internacional de So-

ciedades de Ginecología y Obstetricia. (F.I.G.O.). Este cálculo se establece a partir del primer día de la última menstruación. De esta manera el 95% de los partos se producirían antes de los 294 días (42 semanas), siendo poco probable que un embarazo tenga una duración fisiológica cuando se realiza antes de los 266 ó cuando sobrepasa los 294 días.

Se cree que desde el día de la concepción, el embarazo humano dura 273 días. Sobre la real duración del embarazo, es decir, desde el momento en que se une el óvulo con el espermatozoide (impregnación), sólo existen conjeturas. Sin embargo, la experiencia diaria enseña, que no siempre nacen niños maduros exactamente a los 280 días post-menstruales ó a los 273 días post-concepcionales, sino que, a veces, nacen antes y otras veces después de estos términos. (14)

Estas desviaciones pueden basarse en que: 1o. Existan datos erróneos respecto a la iniciación del embarazo (desviación aparente de la norma de cálculo) y 2o. que haya ciertos factores que abrevien ó retarden realmente el tiempo de iniciación del parto (verdaderas oscilaciones de la duración del embarazo). Entre las desviaciones aparentes se pueden mencionar: La alteración voluntaria ó errónea de la última menstruación; pero aún con los datos exactos reportados por las mujeres, puede existir una prolongación ó abreviación aparente de la gravidéz, debido a que entre la menstruación y la concepción, como entre esta última y la fecundación, puede transcurrir un tiempo variable.

La duración real del embarazo, entonces, puede parecer tanto más larga, cuanto más tarde tuvo lugar la puesta ovular después de la concepción, es decir, cuanto más tiempo tuvo que esperar el espermatozoide al óvulo. En la duración aparente del tiempo gravídico se debe considerar que su duración post-impregnación también es variable, de acuerdo con el lapso transcurrido entre la impregnación y la nidación. Se puede aceptar con bastante seguri-

dad que el óvulo fecundado recién se anida cuando adquiere un cierto estado ó capacidad de implantación, estado que se cumple con la diferenciación del Nuevo Humano, en la zona embrionaria y trofoblasto (blástula). Para el tiempo que pasa entre la impregnación y esta madurez ovular, se acepta una constante adicional de 7 días (según Bryce), de 8-10 días (Grosser) y de 10 días (según Graf V. Spee).

Etiopatogenia: Entre las causas Maternas se pueden contar:

- a) Edad: Hasta los 35 años aumentaría la incidencia de prolongación del embarazo, después de ésta disminuiría;
- b) Parturidad: La prolongación del embarazo en las primíparas es significativamente mayor que en las múltiparas; y
- c) Nutrición Materna: Se cree que la duración es mayor en las mal nutridas.

Entre las causas fetales se puede mencionar que el grado de desarrollo del feto (talla y peso) hoy día ya no se considera como un elemento que juegue un papel de importancia en la prolongación del embarazo. El peso y la longitud media de los fetos aumenta hasta antes de la 41 semana de la gestación estabilizándose a partir de esta fecha. No se le puede asignar mucho valor a las diferencias de peso y longitud encontradas entre las 41 y 42 semanas de gestación.

Se habla pues, de una duración anormal del embarazo cuando un feto de normal desarrollo se expulsa mucho antes del término de la gestación (embarazo abreviado, partus praecox) ó cuando la gravidéz excede el término considerado fisiológico (parto tardío, embarazo prolongado, partos serotinus). En el embarazo abreviado existe una desproporción entre el grado de desarrollo fetal y el tiempo de gestación. En el Prolongado, el feto puede presentar signos de post-madurez, pero puede estar también normalmente de-

sarrollado. En este último caso, su crecimiento intrauterino fue más lento. Como se vé en cada caso no basta considerar solo el tiempo de la gestación sino que es necesario relacionarlo con el grado de maduración fetal. Se vé por lo tanto que la relación entre la duración del embarazo y el desarrollo fetal es un problema muy complejo y en muchos aspectos poco aclarado. Se comprueban las siguientes variantes en este sentido: 1o.) El feto nace con signos de madurez dentro de la 38-42 semana de amenorrea (término fisiológico de la gestación); 2o.) El feto nace con signos de inmadurez dentro de la 38-42 semanas; 3o.) El feto nace con signos de madurez antes de la 38 semanas; 4o.) El feto nace con signos de madurez (no es un post-maduro) después de la 42 semana. Esta situación se denomina: Embarazo Cronológicamente Prolongado; 5o.) El feto nace con signos de Post-madurez después de la 42 semana. Esta situación se denomina: Embarazo Cronológico y Biológicamente Prolongado. (12, 14).

Con mucha frecuencia ocurre que la embarazada no recuerda con exactitud el día que comenzó su último período menstrual; otras veces, antecedentes de ciclos menstruales irregulares pueden hacer incurrir en el error.

Los conocimientos sobre el retardo del parto son inconsistentes aún, como lo son los fundamentos para interpretar las causas de la iniciación del trabajo de parto al término fisiológico de la gestación. (2, 9).

Lo más probable es que en el retardo real del parto intervengan alteraciones neurohormonales, en especial un desequilibrio de la relación estrógenos - progesterona, aceptándose hoy día que su regulación, la efectúa en gran parte el feto. (Ver páginas posteriores; Fisiología del Inicio de Trabajo de Parto).

DIAGNOSTICO: Presenta en la práctica algunas dificultades debido a las posibles variantes que existen en el tiempo de la concepción, fecundación y nidación (como ya se anotó en párrafos anteriores).

La anamnesis tiene la mayor importancia: El conocimiento exacto de las últimas menstruaciones, la normalidad de los ciclos precedentes, la fecha de aparición de los primeros movimientos activos fetales relacionados con el término considerado del embarazo, son elementos de gran valor. Estos datos, por imprecisos, deben ser confrontados con los exámenes periódicos practicados durante el curso de la gestación. En las mujeres de ciclo irregular y las oligomenorréicas es más difícil fijar el momento aproximado de la fecundación. (2, 9, 14).

Las gestaciones prolongadas NO producen mayor número de fetos de peso elevado que las gestaciones a término, como se creía antes. El signo de Hareber, se refiere a la detención o disminución del paso fetal con la prolongación de la gravidéz. Este hecho ha sido descrito por muchos autores.

Las investigaciones hormonales tampoco permiten orientar el diagnóstico; lo mismo sucede con las investigaciones de citología exfoliativa, pues las modificaciones no son específicas cuando el embarazo se prolonga.

En el embarazo cronológico y biológicamente prolongado, también existe una disminución de la función placentaria. Esta hipótesis se basa, en parte, en la frecuente falta de correlación que se observa entre los informes citológicos y el estado del niño intraútero y al nacer.

El valor de los signos radiológicos para diagnosticar post-madurez fetal intrauterina es discutido. Los puntos de osificación, las medidas de la cabeza fetal, la estrechez de las suturas y el cabalgamiento de las mismas, poseen algún significado, pero no se puede fundamentar ni presumir el diagnóstico en base a estos datos. (12, 14).

Saling, aconseja realizar la exploración amnioscópica en días alternos si se ha superado en 10 días la fecha prevista para

el término de la gestación. (Ver explicación de técnica en párrafos posteriores).

Cuando no se observa líquido amniótico por amnioscopia, se puede sospechar un embarazo prolongado; esto se llama Resorción. (14).

Eliot y colaboradores, utilizando isótopos radiactivos, corroboraron que existe una disminución progresiva de la cantidad de líquido amniótico a partir de las 37-38 semanas en adelante. Esta disminución continúa durante la prolongación del embarazo.

Pronóstico Materno: Es favorable, tiene la misma morbilidad que las gestaciones de término, normales.

Pronóstico Fetal y del Recién Nacido: Sobre el peligro de la mortalidad perinatal por esta anomalía ya no se discute, éste se incrementa en proporción directa con el aumento de la prolongación del embarazo. La muerte fetal puede acaecer durante el embarazo, el trabajo de parto y a veces recién en los primeros días del nacimiento.

Las causas, se podrían explicar en gran parte por: Significativas alteraciones anatomopatológicas de las placentas (procesos regresivos, insuficiencia); observándose que el número más elevado de muertes se registra durante el Trabajo de Parto. (1, 2). Según estudios efectuados, la incidencia de mortalidad perinatal se duplica a las 43 semanas, se triplica a las 44 semanas de gestación y se quintuplica a las 45 semanas, esto si no existe Toxemia.

Conducta: Hasta los 294 días de gestación (período de observación) no perder de vista a la embarazada, auscultación periódica de los latidos fetales, etc. Después de los 294 días (período de alarma) asegurarse por todos los medios diagnósticos de que se trata de una Prolongación real, entrando a considerar los distintos métodos de interrupción del embarazo: de todos ellos preferentemente dos: La inducción Médica y la Operación Cesárea.

Amniocentesis Abdominal para poder efectuar Test de Clemens ó Prueba de Madurez Fetal Pulmonar (sustancia Surfactante). (6).

Técnica: Con una aguja de punción lumbar # 18 (9mm. de diámetro) y bajo anestesia local (previa asepsia y antisepsia); se realiza la punción en uno de los flancos de la región subumbilical (más o menos 2 centímetros bajo el ombligo y 2-3 cms. a la izquierda de las "pequeñas partes"), eligiendo el lado contrario al dorso fetal. Es mejor si se ha localizado la placenta con una radiografía con rayos blandos, con isótopos radiactivos ó con un aparato de ultrasonido (efecto Doppler) con objeto de comprobar si no está insertada en la zona elegida. En algunos casos, será imposible eludirla y tendrá que pasarse a través de ella, pero esto último es muy riesgoso y preferentemente no debe realizarse.

La punción puede realizarse sin inconveniente en pacientes ambulatorias. Deben obtenerse por lo menos 10 cc. de líquido exento de sangre. Si se desea efectuar determinación fotométrica, éste puede ser enviado a laboratorio sin refrigeración, aprovechando la extracción del líquido, ya que los pigmentos son estables, siempre que se les proteja de la acción de la luz y para ello con antelación el líquido será liberado de los detritos celulares por centrifugación o filtración.

Pero, cuando se va a realizar el test de Clements, se deberá hacer de la manera que se expone gráficamente a continuación; contando con 5 tubos de ensayo:

Tubos de Ensayo:	1	2	3	4	5
Fenol :	1cc.	1cc.	2cc.	1cc.	1cc.
Solución Salina :	0	0.25	0.50	0.75	0.80
Líquido Amniot.:	1	0.75	0.50	0.25	0.20
TOTALES :	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00

El test de Clemens se interpreta como positivo si se forman en la superficie del contenido del tubo de ensayo unas pequeñas burbujas. Se considera que es signo de maduración pulmonar fetal cuando este efecto se presenta en 3 de los 5 tubos de ensayo, los cuales han sido con antelación, vigorosamente agitados por espacio de 15 segundos cada uno y se dejan descansar, reposar 15 minutos. Luego se interpreta.

Existen otras pruebas para comprobar madurez de los diferentes órganos fetales, así tenemos:

Liver Fraction (Hepática)----Bilirrubinas (Curva de Liley).
Renal Creatinin (Renal)-----Creatinina.
Orange Cells. (Piel)-----Células-Análisis citológico.
Sphingomielin-Lecitine(Pulmonar)----Sustancias pulmonares fetales.

Las cuales utilizan técnicas más sofisticadas.

FISIOLOGIA DEL INICIO DE TRABAJO DE PARTO. (4, 9, 10, 14)

Causas de Gestaciones Prolongadas en Humanos:

- Deficiencia de Estrógenos.
- Anencefalia sin Polihidramnios.
- Agnesia de Cápsulas Suprarrenales.
- Deficiencia de Sulfatasa (enzima).

HIPO TALAMO

(Factores de
Liberación)

HIPOFISIS

(ACTH) CAPSULAS SUPRARRENALES (esteroides de 19 -
carbonos).

Síntesis de ESTROGENOS.

Esteroides de 19 carbonos: SULFATO DEHIDROEPIANDROS -
TERONA.

La placenta es un órgano incompleto en cuanto a biosín-
tesis de esteroides, necesita que se le administre materia pri -
ma, en este caso: Esteroide de 19 carbonos, para poder sinteti -
zar estrógenos.

Necesita también la Enzima Sulfatasa para quitar el sulfato del es-
teroi de de 19 carbonos = Dehidroepiandrosterona: D.S.

Adrenal Feto	Placenta	Adrenal Madre.
D.S. (150-300mgs.)	D 16 (OH)Dehidro epiandrosterona.	D.S. (5-10 mgs.).
	(E1) Estrona. (E2) Estradiol. (E3) Estriol.	

Feto: Es responsable de la Producción de Sulfato Dehidroepiandros-
terona. Así tenemos:

La Enzima Sulfatasa: Quita el radical sulfato (la placenta produce -
estrógenos).
Se encuentra en la membrana ovular en el - -
Amnios y en el Corion; pero principalmente en
el Amnios.

Los estrógenos: Son responsables de madurar el miometrio (en donde-
se encuentran los depósitos de Actina y Miosina) y --
son también responsables de la hipertrofia de las célu -
las musculares uterinas. Entonces:

ESTROGENOS

EJE (n. supraópticos y paraventriculares)
HIPOTALAMO (Factor Liberador)

HIPOFISIS

Retroalimentación
Positiva a mayor
cantidad de estró-
genos.

ADRENAL
(Estrógenos).

ACTH

Es decir: Si aumenta la cantidad de estrógenos, aumenta la estimulación del Hipotálamo.

Lisosomas: Existen en las células de membranas ovulares (amnios, corion), en el interior de ellos se encuentra la Fosfolipasa A2 y - NO sale durante el embarazo y tiene bastante participación en - el trabajo de Parto.

Progesterona: Es la responsable de que Fosfolipasa A2 se mantenga dentro del Lisosoma.

Hormona Prolactina o Proteínasa: Actúa ligada a la Progesterona y alcanza su pico máximo a la 38 semana de gestación, además - tiene otras acciones tales como:

- Es encargada de la Producción de la Leche Materna.
- Aumenta la Producción de Acidos Saturados a nivel Pulmonar- (Sustancia Surfactante).

- Favorece la producción de Acidos Grasos Insaturados a nivel de Amnios y en líquido Amniótico, específicamente: Acidos grasos- de 20 carbonos (Acido Araquidónico y Prostanóico).

Fosfolipasa A2: Actúa sobre ácidos grasos insaturados desprendien- do la posición 2 del Carbono 2. El ácido Prosta- nóico se encuentra a nivel de Amnios.

A nivel de Corion existe una enzima: Sintetasa de Prostaglandina- que actúa sobre los ácidos grasos de 20 carbonos (Araquidónico) sin- tetizando la sustancia llamada Prostaglandina, de la cual existen - cinco: A, B, C, E, F; siendo las más importantes: E1 - E2 - F2 alfa.

Función de las Prostaglandinas:

- Desencadenan Contracciones Uterinas.
- Desencadenan el Trabajo de Parto, por el siguiente mecanismo: Actúa a nivel de Músculo Uterino, sobre el Sarcoplasma, favore- ciendo la entrada de Ca. a la célula.

Sarcolema

Ca.

+

Miosina

Vaina

(actúa la Prostaglandina).

entonces dentro de la célula el Calcio se une a la Miosina y ésta a la Actina produciéndose Actinomiosina Contracciones
Inicio de Trabajo de Parto.

Medicamentos y sus Acciones:

La Oxitocina: También actúa sobre el Sarcoplasma, introduciendo - al Ca. y uniendo Actina y Miosina, contribuyendo -

también a que se produzcan las contracciones uterinas iniciándose el Trabajo de Parto.

A.S.A. é Indometacina: Tiene la acción contraria: Inhiben las contracciones porque inhibe a la Sinte tasa de Prostaglandina.

LA AMNIOREXIS: Desencadena Trabajo de Parto, ó ayuda a -
ello, porque: Se rompen las células y sale-
Fosfolipasa que se encuentra a nivel de Li-
sosomas.

MATERIAL Y METOD OS

MATERIAL

Las pacientes con diagnóstico de Embarazo Prolongado (Post-Maduro), en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, durante el período comprendido del mes de junio de 1979 al mes de abril de 1980.

METHOD

Se efectuó el trabajo en base a un estudio retrospectivo, revisando las Historias Clínicas de las Pacientes.

Recursos:

- HUMANOS: A) Médico Asesor.
B) Médico Revisor.
C) Autora.
D) Personal de Registros Médicos.
E) Personal de Biblioteca del Hospital Roosevelt y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

FISICOS:

- A) Ficha especial para recopilación de datos -- proporcionados por el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.
- B) Equipo de oficina, material Bibliográfico, libros, revistas.
- C) Historias Clínicas con Diagnóstico de Embarazo Prolongado (Post-Maduro); las cuales se citan a continuación:

No.	No. de Registro Médico.	Fecha de Egreso.
1	492323	10.VI. 79.
2	719290	15.VI. 79.
3	664267	2.VII. 79.
4	731439	9.VII. 79.
5	501091	14.IX. 79.
6	482891	17.IX. 79.
7	737359	20.IX. 79.
8	731294	26.IX. 79.
9	467680	8.X. 79.
10	736083	26.X. 79.
11	735715	27.X. 79.
12	566088	20.XI. 79.
13	596318	11.XI. 79.
14	754924	25.IV. 80.
15	754701	26.IV. 80.

ANALISIS ESTADISTICO

INCLUYE:

- Presentación de Resultados.
- Conclusiones y Recomendaciones
- Estadísticas.
- Revisión de Bibliografía.

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.

- Se analizaron 15 casos clasificados en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, como Embarazo Prolongado.
- Hubo en el Departamento de Maternidad, 12267 Partos, - en el período comprendido del mes de junio de 1979 al - mes de abril de 1980, que son los meses que abarca el presente estudio, y de ellos, solamente se presentaron 15 casos de Embarazo Prolongado, lo que hace una incidencia de 1 en 818.
- La ocupación de las pacientes en el 100% fue: Oficios - Domésticos. Respecto a Control Post-Natal, solo el 6.6% lo tuvo. En lo referente a exámenes de laboratorio efectuados, a los bebés, en el 100%, no se les practicó ninguno.
- El 100% de las pacientes presentó Puerperio Hospitalario Normal.

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.

PACIENTES CON EMBARAZO PROLONGADO.

EDAD

CUADRO No. 1

	No.	%
De 15 ó menos	0	-
De 16 a 25 años	7	46.6
De 26 a 35 años	7	46.6
De 36 ó más	1	6.6
TOTALES	15	100.0

La mayoría de los casos ocurrieron entre las edades de 16 a 25 - años (46.6%) y 26 a 35 años (46.6%); y 1 solo caso de más de 36 años (6.6%); siendo la edad menor de: 21 años y la mayor: de 38 años.

PACIENTES CON EMBARAZO PROLONGADO.

ORIGEN

CUADRO No. 2

	No.	%
Capital	5	33.3
Cabecera Depto.	9	60.0
Municipio	1	6.6
TOTALES	15	100

La mayoría de las pacientes son originarias de los departamentos encontrándose un 60%; y en orden decreciente: originarias de la capital un 33.3% y de municipio sólo el 6.6%.

PACIENTES CON EMBARAZO PROLONGADO

GRUPO ETNICO

CUADRO No. 3

	No.	%
Ladina	14	93.4
Indígena	1	6.6
TOTALES	15	100

Se encontró que el 93.4% de las pacientes son ladinas y solamente el 6.6% indígena; esto es importante porque se nota entonces, que la población indígena, en su mayoría no consulta al Hospital por ese problema. (Embarazo Prolongado).

PACIENTES CON EMBARAZO PROLONGADO

GRADO DE ALFABETISMO

CUADRO No. 4

	No.	%
Alfabetas	11	73.3
Analfabetas	4	26.6
TOTALES	15	100

Un 73.3% de las pacientes que consultaron el Hospital fue de Alfabetas y 26.6% analfabetas, es decir, en su mayoría las pacientes ya tienen cierto grado de instrucción y esto las hace comprender mejor cuando presentan problemas en su embarazo y consultar un Hospital.

LA OCUPACION DE LAS PACIENTES EN SU 100% ES: OFICIOS DOMESTICOS.

PACIENTES CON EMBARAZO PROLONGADO

EDAD DE EMBARAZO CALCULADA.

CUADRO No. 5

Semanas	No.	%
42	3	20.0
43	1	6.6
44	6	40.0
45	3	20.0
46	2	13.3
TOTALES	15	100.0

El 40% de las pacientes que consultaron presentaron embarazo de 44 semanas calculadas según su último período menstrual y en orden decreciente, con el 20% las pacientes con embarazos de 42 y 45 semanas; luego 13.3% con embarazo de 46 semanas y solamente 6.6% (1 caso) con 43 semanas. Esto es de suma importancia porque la mayoría de las veces las pacientes han olvidado la fecha exacta de su último período menstrual y es allí donde surge el error al calcular la edad de embarazo.

PACIENTES CON EMBARAZO PROLONGADO.

EDAD DE EMBARAZO ESTIMADA.

CUADRO No. 6

Semanas	No.	%
39	2	13.3
40	5	33.3
41	3	20.0
42	4	26.6
No estimada *	1	6.6
TOTALES	15	100.0

Se puede notar, en este cuadro, que el 33.3% de las pacientes presentó embarazo de 40 semanas (a término fisiológico) según la altura Uterina en el momento que consultaron, es decir presentaban 32cms, de A.U.; siendo luego el 26.6% estimadas en 42 semanas, luego el 20% con 41 semanas, el 13.3% con 39 semanas. Aunque se ha dicho que cuando la altura uterina pasa de 32 cms. (40 semanas), el dato es bastante poco objetivo y es entonces donde debe correlacionarse con la edad calculada.

* Nota: No aparece escrita la edad estimada en las evoluciones e historia clínica de la paciente.

PACIENTES CON EMBARAZO PROLONGADO

CONTROL PRENATAL

CUADRO No. 7

CALIDAD	No.	%
NO	5	33.3
Malo (1 a 3)	10	66.6
Reg. (4 a 5)	0	0
Bueno (6 ó más)	0	0
TOTALES	15	100

Es de hacer notar que el 66.6% de las pacientes asisten a control prenatal, pero éste es malo, ya que la mayoría de ellas han asistido 1 vez y máximo 2 veces; y el 33.3% no han tenido ningún control prenatal, por esta razón es difícil detectar cuándo el embarazo de alguna de ellas presenta problemas, que se podrían evitar a tiempo si asistieran a control periódico desde el inicio de su embarazo.

PACIENTES CON EMBARAZO PROLONGADO

PARIDAD

CUADRO No. 8

No. de Gestaciones	No. de Pac.	%
Ninguna	0	0
Primigestas	2	13.3
Pequeña Multípara de 2 a 4	6	40.0
Gran Multípara 5 ó más	7	46.6
TOTALES	15	100.0

Las pacientes que más consultaron fueron las catalogadas como Gran Multíparas, es decir que han tenido 5 ó más partos, haciendo un 46.6%, seguidas por las pequeñas multíparas, catalogadas así cuando (40%) han tenido de 2 a 4 partos y por último las primigestas con 13.3%.

Se puede notar entonces que la incidencia de embarazo prolongado es mayor en las gran multíparas que en las pequeñas multíparas y en éstas mayor que en las primigestas. Este cuadro se puede correlacionar con el que se presenta a continuación.

PACIENTES CON EMBARAZO PROLONGADO.

No. DE HIJOS VIVOS.

CUADRO No. 9

No. de Hijos Vivos	No.	%
0	2	13.3
1 a 3	8	53.3
4 a 6	4	26.6
7 ó más	1	6.6
TOTALES	15	100.0

La mayor parte de las pacientes, el 53.3% tiene de 1 a 3 hijos vivos, luego, el 26.6% tienen de 4 a 6, luego las primigestas que hacen el 13.3% (lógicamente con 0 hijos vivos) y el 6.6% con 7 ó más. Esta última paciente refirió tener 8 hijos vivos.

PACIENTES CON EMBARAZO PROLONGADO.

INCIDENCIA DE ABORTO.

CUADRO No. 10

No. de Abortos.	No.	%
Ninguno	11	73.3
1	2	13.3
2	2	13.3
3	0	0
4 ó más	0	0
TOTALES	15	100.0

De las 15 pacientes estudiadas, el 73.3% no habían presentado - ningún aborto, mientras que 2 abortos (13.3%) y 3 Abortos (13.3 %) fueron 4 pacientes las que los presentaron. Las causas de -- ellos, no se pudieron investigar porque no habían sido consulta-- dos al Hospital, fueron extra-hospitalarios.

PACIENTES CON EMBARAZO PROLONGADO

TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO

CUADRO No. 11

Tiempo en Horas.	Primíp. %	Peq.Mult. %	Gran Mult. %
8 ó menos	1 6.6	1 6.6	3 20.0
9 a 12	0 0	0 0	3 20.0
13 a 16	0 0	0 0	0 0
17 a 20	1 6.6	0 0	3 20.0
21 a 24	0 0	1 6.6	0 0
25 y más	0 0	0 0	1 * 6.6
Sin trabajo de Parto	0 0	0 0	1 * 6.6
TOTALES	2 13.3	2 13.3	11 73.3

Se observa, una vez más que el mayor porcentaje, 73.3% corresponde a las gran multíparas y luego, en igualdad las pequeñas - multíparas y las primíparas, habiéndose observado que el menor - tiempo de trabajo de parto fue de 3 horas correspondiendo a una pequeña multípara y el mayor fue de 62 horas correspondiendo a una gran multípara. Esto contradice entonces la teoría que las - primíparas tienden a presentar trabajos de parto más prolongados, ya que se observa que se presentó en gran multípara. Hubo un - caso que no presentó trabajo de parto siendo un embarazo de 44 semanas, además tenía 2 cesáreas anteriores, se decidió, en ella, efectuar Cesárea Electiva.

PACIENTES CON EMBARAZO PROLONGADO

RUPTURA DE MEMBRANAS

CUADRO No. 12

Hrs. antes del Parto.	R.P.M. No.	%	Expont. No.	%	Amnior. No.	%
1 hora ó menos	0	0	3	20.0	1	6.6
2 Horas	0	0	0	0	2	13.3
3 Horas	0	0	0	0	3	20.0
4 Horas	0	0	0	0	3	20.0
5 Horas	0	0	0	0	0	0
6 Horas	0	0	0	0	0	0
7 Horas	0	0	0	0	0	0
8 Horas	1	6.6	0	0	0	0
9 Horas	1	6.6	0	0	0	0
CESAREA *					1	6.6
TOTALES	15-100	2	13.3	3	20.0	10 66.6
	%					

De las 15 pacientes, se les efectuó amniorrexia a 10 (66.6%), habiendo sido una de ellas efectuada durante la operación Cesárea * más ó menos 15-20 segundos antes del nacimiento del niño, y el - tiempo mayor fue de 4 horas antes del parto. Hubo 3 casos (20%) de ruptura espontánea de membranas, al momento del parto, y se presentaron 2 casos de Ruptura prematura de membranas (13.3%) - siendo 8 y 9 horas antes del parto.

PACIENTES CON EMBARAZO PROLONGADO

EXAMENES EFECTUADOS ANTES DEL PARTO.

CUADRO No. 13.

Examen	No.	%
Hematología	6	40.0
V.D.R.L. *	4	26.6
Grupo Sang. y Rh. *	4	26.6
Rx. Pelvimetría.	2	13.3
Ultrasonografía	0	0
Amniocentesis Abdominal para efectuar pruebas de Madurez - Fetal Pulmonar-Test de Clemens.	1	6.6
Otras Pruebas de Mad. F.	0	0
No se les efectuó ningún examen	8	53.3
TOTALES		100.0

Hubo un alto porcentaje, 53.3% de pacientes a las cuales no se les efectuó ninguna clase de exámenes y sólo al 46.6% se le efectuó alguno de los exámenes citados. Esto nos da una idea de que a la mayoría de las pacientes durante su estancia hospitalaria, no se les efectúa ni un solo examen de laboratorio ni siquiera los exámenes de rutina Hospitalaria. Uno de los casos a los cuales se les efectuó V.D.R.L. fue positivo débil en 2 oportunidades, el esposo fue negativo y el niño también.

Todos los casos (4) a los que se les efectuó Grupo Sanguíneo y Rh fueron 0 positivo.

PACIENTES CON EMBARAZO PROLONGADO

TIPO DE PARTO

CUADRO No. 14

Tipo	Con uso de Oxitócicos		Sin uso de Oxitóc.			
	Induc.		Conduc.			
	No.	%	No.	%	No.	%
Entóc.Simple	3	20.0	3	20.0	6	40.0
Dist. Simple	0	0	0	0	*3	20.0
TOTALES 15 =	3	20.0	3	20.0	9	60.0
	100%					

El 60% de los partos efectuados, en los 15 casos no necesitaron - del uso de oxitócicos y de ellos, el 40% (6) fueron Entócico-Sim- ples y el 20% (3), fueron distócico-simples * (cuyas característi- cas se explicarán renglones abajo). Respecto al uso de Oxitóci- cos hubo igualdad de casos, 3, tanto aplicados en inducción co- mo en conducción que hacen el 20% en cada caso.

* Explicación de las distocias:

1er. Caso: C.S.T. Electiva porque no había aún trabajo de parto y el embarazo era ya de 44 semanas, además la pa- ciente presentaba 2 CST anteriores efectuadas en es- te Hospital por Pelvis Estrecha.

2do. Caso: Aplicación de Fórceps Medio por Sufrimiento Fetal -- intenso y Paro en Transversa.

3er. Caso: Maniobra de Rojas, pues era parto en Podálica, pero - hubo Retención de Hombros, se hizo extracción pélvi- ca.

PACIENTES CON EMBARAZO PROLONGADO

EXPLICACION DE LOS CASOS RESUELTOS
CON USO DE OXITOCICOS.

CUADRO No. 15

No. de Casos	%	Duración de Condc.	Duración de Induc.
1	6.66	20 minutos.	
1	6.66	30 minutos.	
1	6.66	4 Horas.	
1	6.66		3 Horas.
2	13.33		2 inducciones, con 1 inducción fallida con Bomba de Har - vard.
6	40.00		

Se observa en este cuadro que en los casos de Conducción su -- aplicación más corta fue de 20 minutos y luego se realizó el par -- to eutócico y el tiempo mayor de aplicación fue 4 horas cuyo -- parto también se resolvió y fue eutócico simple. Respecto a las -- inducciones, hubo 3 casos de los cuales en 1 se aplicó por 3 Ho -- ras y el parto se resolvió en forma eutócica. Hubo 2 casos (13.3 %) a los que se les aplicó 2 inducciones ya que la primera que -- se les aplicó fue fallida, siendo ésta con Bomba de Harvard para su mejor control. Fueron partos Eutócico Simples.

*** Respecto a las Anomalías de Cordón y de Placenta, se anali -- zarán posteriormente.

PACIENTES CON EMBARAZO PROLONGADO.

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

CUADRO No. 16

No. de Días	No.	%
1 a 3	9	60.0
4 a 8	4	26.6
9 a 16	1 *	6.6
17 ó más	1 *	6.6
TOTALES	15	100

Se pudo observar que 9 pacientes (60%) permanecieron en el hos -- pital de 1 a 3 días, luego, 4 pacientes (26.6%) permanecieron de -- 4 a 8 días. Hubo 1 paciente (6.6%) que permaneció de 9 a 16 -- días, siendo exactamente 13 los días que estuvo hospitalizada y -- fue Post - Cesárea. El otro caso (6.6%) permaneció más de 17 -- días, 23 para ser exactos, sin que se haya encontrado, en la histo -- ria clínica, la causa para tan larga permanencia hospitalaria. Es -- de hacer notar que aunque las pacientes permanecieron varios días en el Hospital, no se les efectuó ningún examen adicional ó conti -- nuaron sin habérseles efectuado algún examen. El tiempo menor -- fue de 1 día de hospitalización. Correlacionando este cuadro con el Puerperio de las pacientes, en el 100% de los casos fue reporta -- do: Puerperio Hospitalario Normal, aunque en los casos que hubo -- permanencia prolongada, podría haberse supuesto que fue debido a alguna complicación, sin embargo, no la hubo.

- Respecto a Control Post-Natal, solo 1 paciente, que hace el -- 6.66% lo tuvo.
- A su egreso, las pacientes fueron examinadas y reportadas, en -- buenas condiciones, tanto nutricionales como generales.

PACIENTES CON EMBARAZO PROLONGADO.

ANALISIS DEL RECIEN NACIDO.

PESO AL NACER

CUADRO No. 17

Peso en Libras.	No.	%
De 3 a 4.8	1 *	6.66
De 4.9 a 6.7	2	13.33
De 6.8 a 8.6	12 *	80.00
TOTALES	15 *	100.00

Como nos podemos dar cuenta, 12 de los casos, que hacen el 80% fueron niños cuyo peso osciló entre 6.8 a 8.6 libras, luego, hubo 2 niños que hacen el 13.3% pesando entre 4.9 a 6.7 libras y 1 caso, 6.66% cuyo peso estuvo entre 3 a 4.8 libras. Siendo su peso exacto de 3.11 libras y cuyas características junto con varios de los demás bebés serán analizados a continuación en cuadros posteriores. En general los niños nacieron con buen peso.

PACIENTES CON EMBARAZO PROLONGADO.

CONDICION AL NACER.

CUADRO No. 18

Condición	No.	%
VIVO	13	86.6
MUERTO	2	13.3 (de los cuales 1 fem. y 1 masc.).
TOTALES	15	100.0

Prevalció el número de nacidos vivos, 13 casos que hacen el 86.6% y sólo 2 nacieron muertos, haciendo un 13.3% siendo un femenino y 1 masculino.

PACIENTES CON EMBARAZO PROLONGADO

DISTRIBUCION POR SEXO AL NACER.

CUADRO No. 19

Sexo	No.	%
Femenino	8	53.33
Masculino	7	46.66
TOTALES	15	100.00

Apenas hubo 1 nacimiento más del sexo femenino, el cual predominó con 8 bebés que hacen un 53.3% contra 7 bebés del sexo masculino que hacen un 46.6%.

Respecto a Exámenes efectuados a los bebés, no se les efectuó ninguno a la totalidad: 15 = 100%.

ANALISIS DE LOS CASOS DEL CUADRO No. 17.

El bebé cuyo peso fue de 3.11 libras fue ANENCEFALO y nació macerado, en la historia clínica no indican en qué grado, siendo este el único caso (6.66%) en que se justifica y se encontró (al nacer el niño) la causa de la Prolongación del embarazo, pues fue producto de un embarazo de 45 semanas (femenino). Respecto a los bebés cuyo peso osciló entre 6.8 a 8.6 libras, 4 de ellos (26.6%) presentaron anomalías, tanto por las circunstancias del parto, como al nacer. De ellos, a 2, 13.3%, se les había aplicado a las madres para mejorar su trabajo de parto: Conducción, 1 de ellos fue Mortinato (nunca se escuchó foco fetal) y nació macerado (no se indica el grado de ésta), era producto de embarazo de 44.5 semanas y pesó 8.6 libras, y era de sexo masculino. El otro caso el bebé sexo femenino al momento de nacer presentaba una circular de cordón al cuello, pesó 6.10 libras, nació vivo. De los 2 niños restantes, uno fue el bebé producto de embarazo de 46 semanas, en podálica al que se aplicó maniobra de Rojas (7.11 Lb.) por retención de hombro, al nacer, traía una circular de cordón en miembros inferiores. Y el otro bebé, producto de embarazo de 42 semanas al que se le aplicó fórceps medio por sufrimiento fetal y paro en transversa, traía al nacer una circular de cordón apretada, al cuello, pesó 6.14 lbs., pero presentó: Espina Bífida y Mielomeníngocelo, así como suturas sep. fue de sexo masculino. Se concluye, de este cuadro, entonces que de los 12 recién nacidos con peso entre 6.8 y 8.6 libras, es decir, con buen peso, 4 de ellos, (26.6%) los de mejor peso presentaron anomalías tanto durante, a través del parto y al nacimiento.

*** Respecto a las anomalías de Cordón, ya fueron descritas anteriormente, en párrafos anteriores, al analizar los casos de Recién Nacidos.

Refiriéndonos a placenta: En el único caso que se presentaron anomalías en ella fue en el del Recién Nacido Anencé

falo, ya que ésta era pequeña de más o menos 10 x 12 cms, blanquecina con múltiples calcificaciones.

EN LO REFERENTE A LA MORBILIDAD NEONATAL:

Sólo hubo 1 caso: El Recién Nacido con Espina Bífida, mencionado con anterioridad, el cual permaneció en Sección Bajo Riesgo (Mínimo Ries.) del Depto. de Pediatría, durante 4 días, ya al darle egreso a la Madre, pidió que se lo dieran para llevarlo consigo a casa. No quiso dejarlo hospitalizado.

Al resto: 12, (80%), se les dió egreso, en el Depto. de Pediatría, sección Normales, en buenas condiciones generales.

MORTALIDAD: HUBO 2 casos (13.3%), los cuales ya se expusieron con anterioridad. El Anencéfalo y El Mortinato Macerado.

CONCLUSIONES.

1. La incidencia de Embarazo Prolongado fue de 1 caso por cada 818 partos efectuados en el Departamento de Maternidad.
2. El embarazo Prolongado, en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, en los 15 casos analizados, se catalogó como tal, solamente basándose en el cálculo de Edad Gestacional, estimada y calculada (por Altura uterina y Última Regla, respectivamente); variando éste desde 42 a 46 semanas por U.R. y de 39 a 42 semanas por A.U.
3. De las 15 pacientes cuyos casos se analizaron, solamente a 1, que representa el 6.6% se le efectuó algún estudio especializado tendiente a comprobar el estado de Madurez fetal pulmonar, no así para comprobar el diagnóstico de Embarazo Prolongado.
4. Solamente hubo 1 caso (6.6%) de los 15 analizados de Mortinato, de embarazo de 44 semanas, no se supo la causa de la muerte, pero se supuso fue por insuficiencia placentaria por prolongación del embarazo.
5. Solamente en 1 caso se pudo encontrar la causa de la Prolongación del embarazo: Anencefalia. (6.66%).
6. Las edades en que se presentaron en las pacientes, embarazos Prolongados, oscilaron entre los 16 a 35 años: 93.3%. Siendo la de menor edad 21 años y la de mayor 33 años. Solamente hubo un caso, 6.66% mayor de 35 años. (38 años).
7. Un 60% de las pacientes que consultaron provenían de los departamentos. Un 33.3% de la capital y un 6.6% de municipio. No encontrándose algún departamento más afectado en especial.

8. 93.3% de las pacientes fueron ladinas, lo cual contribuye a que consulten algún médico al presentar problemas en su embarazo.
9. El 73.3% de las pacientes fueron alfabetas, factor que también contribuye a la mejor comprensión del problema, en -- ellas.
10. El 66.6% de las pacientes que consultaron habían tenido -- control prenatal, pero éste era catalogado como malo (1 a 3 consultas).
11. La incidencia de Embarazo Prolongado fue mayor en las pacientes gran multíparas; 46.6%, notándose, entonces, que no se comprueba en el Hospital Roosevelt, la teoría que las primigestas presentan con más frecuencia embarazo Prolongado.
12. Solamente al 46.6% de las pacientes, se les efectuó alguno de los exámenes de laboratorio citados; siendo que el 53.3% de las pacientes NO se les efectuó siquiera alguno de los -- exámenes de rutina hospitalaria.
13. Se utilizó Oxitócicos solamente en el 40% de los casos y no se utilizó ninguno de ellos en el 60%, y de estos últimos el 40% fue parto eutócito simple y el 20% fue Distócico simple.
14. De las 15 pacientes, el tiempo que duró su hospitalización -- en el 60% fue de 1 a 3 días, pero hubo un caso de 13 días y otro de 23 días, durante los cuales no se les efectuó ningún examen adicional, ni se les hizo estudios posteriores al parto.
15. 86.6% de los bebés nacieron vivos, el 13.3% restante nacieron muertos.
16. 53.3% de los recién nacidos fueron de sexo femenino y 46.6 % masculinos.

17. El niño de menor peso al nacer fue de 3.11 libras (anencéfalo) y el de mayor peso fue de 8.6 libras (mortinato).
18. Las distocias y anomalías al momento del nacimiento sucedieron en un 26.6% en niños que tenían el mayor peso al -- nacer.
19. Era de esperarse que en las pacientes cuya estancia hospitalaria fue prolongada (13.3%) ésta hubiera sido por complicaciones post-parto, sin embargo, el Puerperio Hospitalario fue catalogado: Normal.
20. Al 80% de los recién nacidos, el Departamento de Pediatría les dió egreso como Normales y ninguno fue catalogado como POST - MADURO, a pesar de haber sido producido de Embarazo clasificado como PROLONGADO.

RECOMENDACIONES.

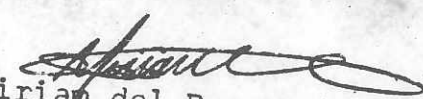
1. Es necesario obtener una buena anamnesis del embarazo de las pacientes, para luego poder calcular la edad gestacional y poder clasificar los casos de Embarazo Prolongado, adecuadamente.
2. Una vez catalogados los casos de Embarazo prolongado, -- iniciar los estudios correspondientes en busca de establecer el diagnóstico y poder tomar medidas tendientes al buen de senvolvimiento de éste.
3. Presentar cada caso, en el que se sospeche prolongación - del Embarazo, a los Jefes de Servicio, para que en conjunto sean evaluados y poder así decidir conductas tendientes a evitar complicaciones tanto maternas como fetales.
4. Tratar de detectar, con estudios especializados (ultrasonografía, amnioscopia) anomalías fetales que puedan predisponer a la Prolongación del embarazo.
5. Tratar en lo posible, que la estancia Hospitalaria de las pacientes post-parto sea lo más breve posible, analizándose - según el caso lo amerite.
6. Tratar, cuando la permanencia de las pacientes sea prolongada, de justificar ésta, anotando el porqué en las evolu- - ciones de la Historia Clínica de la paciente.
7. Efectuar a toda paciente que ingrese al Departamento de - Maternidad, en este caso con Embarazo Prolongado, aunque sea los laboratorios de rutina Hospitalaria, por lo menos, ya que las pacientes en su mayoría entran y salen del Hospital sin siquiera un examen de su Grupo sanguíneo y Rh, por -- ejemplo.

8. Que en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt se continúe incrementando, con casos bien estudiados y comprobados, el Archivo, en lo referente a Embarazo Prolongado.
9. Agotar todos los medios al alcance, individualizando cada caso, para tratar de establecer el diagnóstico y acertar en el tratamiento y conductas a seguir, tratándose de Embarazo Prolongado.
10. Tratar de trabajar en conjunto con el Departamento de Pediatría para que cuando se efectúe el nacimiento del bebé, éste sea minuciosamente examinado por el Pediatra y establezca y haga nota en la Historia Clínica, pormenorizándolo, en caso de Embarazo Prolongado.

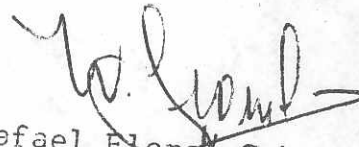
BIBLIOGRAFIA

1. Battaglia, F.C. and Lubchenco, L.O. A practical classification of Newborn infants by weight and gestational Age. J. Pediatric. 71: 159, 1967.
2. Browne, J.C.M. Postmaturity, AM, Journal Obstet, Gynecol. 85: 573, 1963.
3. Berkowitz, R.L. and Hobbins, J.C. A reevaluation of the Value of the hCs determination in the management of Prolonged Pregnancy. Obstet. Gynecol, 49: 156, 1977.
4. Freeman, R.K.; Depp, R. Huddleston, J.F. et al. The enigma of Prolonged Pregnancy. Contemp. Obstet. Gynecol. 7 (3): 116, 1976.
5. Fujikura, T. and Kiomsky, B. The significance of meconium staining. Amniocentesis. AM. Journal Obstet, Gynecol. 118: 285, 1974.
6. Goldemberg, R.L. and Nelson, K. Iatrogenic Respiratory distress syndrome and analysis of Obstetrics events preceding delivery of infants who develop respiratory distress syndrome. AM, Journal Obstet. Gynecol. 123: 617, 1975.
7. Goodhin, R.C. and Clewel, W.H. Sudden Fetal death following diagnostic Amniocentesis. AM. Journal Obstet. Gynecol. 118, 285, 1974.
8. Grove, C.S. Trombetta, G.C. and Amstey, M.S. Fetal complications of Amniocentesis. AM. Journal Obstet. Gynecol. 115: 1154, 1973.
9. Gruenwald, P. The Fetus in Prolonged Pregnancy. AM Journal, Obstet. Gynecol. 89: 503, 1964.

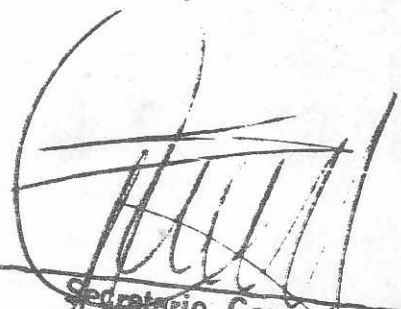
10. Hellman, Louis., et al. Obstetricia de William's. España, Salvat 1977. pp. 205, 763, 914-915. 1076 p.
11. Knox, G. Eric, and Huddleston Jhon F. Manegement of - Prolonged Pregnancy: Results of a Prospective Randomized Trial. AM. Journal Obstet. Gynecol. 134: 376, 1979.
12. Munday, P. and Homlett, J.D. Recognition of Meconium - staining of the liquor amnii of amnioscopy. AM. Journal Obstet. Gynecol. 122: 732, 1975.
13. Rojas Cañamar, M. et al. Estudio de Maduréz Fetal. Es - triol en Líquido Amniótico al final del Embarazo. Gineco - logía y Obstetricia (Gineoobstetricia) Mexicana. 33: 427, 1973.
14. Schwarcz, Ricardo, et al. Obstetricia. 3a. ed. Argentina, El Ateneo. 1978. pp. 549-556. 944 p.
15. Vorherr, H. Placental insufficiency in Relation to Post - term Pregnancy and Fetal Postmaturity. Evaluation of fe - toplacental function: manegement of the Postterm Gravi - da. AM. Journal Obstet. Gynecol. 123: 67, 1975.


Br. Miriam del Rosario Corzo. M.

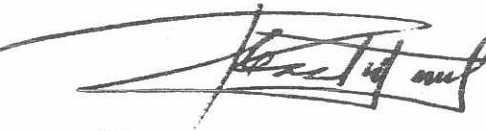

del Zambrano. S.
Asesor.


Dr. Rafael Flores. Cubas.
Revisor.


rector de Fase III
DR. HECTOR A. NULLA


Secretario General
DR. RAUL A. CASTILLO

Vo.Bo.


Decano
DR. ROLANDO CASTILLO MONTALVO