

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

**INCIDENCIA Y MANEJO DE PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE EMBARAZO PROLONGADO,
HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN
ENERO DE 1996 A ENERO DEL 2001.**

JOSE ALFREDO CARDONA RODRIGUEZ

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, AGOSTO DE 2002

ASESOR: Dr. Jorge Anibal Reyes Hernandez.

Director Hospital Nacional de Amatlán.

REVISOR: Dra. Julia De León Regil de Porres.

Programa: Unidad Clínicas Familiares USAC.

TITULO:

Incidencia y manejo de pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado
Hospital Nacional de Amatlán,
enero de 1996 a enero del 2001.

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
I INTRODUCCION	01
II DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	02
II JUSTIFICACION	04
IV OBJETIVOS	06
V REVISION BIBLIOGRAFICA	07
VI MATERIALES Y METODOS	28
VII PRESENTACION DE RESULTADOS	30
VIII ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	39
IX CONCLUSIONES	42
X RECOMENDACIONES	44
XI RESUMEN	45
XII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	47
XIII ANEXOS	50

I. INTRODUCCION:

Hoy en día cuando se ha logrado grandes adelantos en las Ciencias Médicas, el hombre no ha logrado encontrar las estrategias para proteger a la población de la raíz de los grandes flagelos que han afectado a la sociedad, como lo es la planificación familiar, reflejadas en el aumento continuo, de habitantes de una comunidad, aumento del analfabetismo, discriminación a la mujer, y la pobreza extrema por los altos índices de desempleo.

Los habitantes más afectados son las mujeres embarazadas, por sus condiciones socio-económicas, y de medio ambiente, de esto deriva al alto índice de morbilidad, materno fetal, reflejada en la inasistencia a los servicios de salud.

El presente estudio consiste en una revisión retrospectiva de carácter descriptivo a 209 expedientes médicos, de pacientes atendidas en el Hospital Nacional de Amatlán con diagnóstico de embarazo prolongado durante el período de enero de 1996 a enero del 2001.

El objetivo primordial del estudio fue determinar la incidencia de embarazo prolongado y describir los métodos utilizados en el diagnóstico y manejo de pacientes con dicha situación.

Los resultados obtenidos indican: desde enero de 1996 a enero del 2001; el aumento de pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado, equivale al aumento de población de la región, del analfabetismo, de la falta de información de los métodos de planificación familiar. El motivo de consulta más frecuentado es del inicio del trabajo de parto, con un 30%, el método de ayuda diagnóstica más utilizado el ultrasonido con un 81.8%, en cuanto al tratamiento se brindó en mayor número de casos, a partos normales con un 25%, y a cesáreas con un 46%, la complicación materna más frecuente, la cesárea, la complicación fetal más frecuente, las lesiones causadas por fórceps con un 4%, y la tasa de mortalidad materno y fetal, corresponden a un 1% respectivamente, la evolución clínica se considera de un 95% como exitosa.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA:

Definiendo como embarazo prolongado, a toda gestación que se prolonga 42 semanas o más desde el comienzo del último período menstrual. La causa de embarazo prolongado suele ser desconocida, en muy raras ocasiones las alteraciones del eje hipofisario-suprarrenal, fetal por ejemplo: anencefalia o agenesia suprarrenal pueden ser responsables de embarazo prolongado; pero otras causas menos comunes que impiden el parto en la fecha esperada son: deficiencia de sulfatasa placentaria, embarazo extrauterino o una gestación prolongada previa, no obstante hasta que se conozcan con exactitud los mecanismos implicados en el desencadenamiento espontáneo y en el desarrollo del parto normal, es poco probable que logremos conocer con precisión las causas de una gestación prolongada. (2,6,19,20,22,24)

Se ha tomado como urgencia de diagnóstico y tratamiento inmediato a pacientes con embarazo prolongado relacionados con sufrimiento fetal agudo, que pone en riesgo la vida de la paciente, y del producto más si no se toman las medidas adecuadas de ayuda diagnóstica, pero lo anterior evidencia según estudios efectuados tan sólo un 5% de los casos que son atendidos en el Hospital Nacional de Amatlán. (8)

La importancia de la investigación deriva del alto índice de morbimortalidad périnatal, relacionada con el embarazo prolongado, la cual se duplica después de las 43 semanas de edad gestacional, y llega más que a triplicarse para el final de la semana 44; presentándose 33% de la mortalidad périnatal antes de inicio del trabajo de parto, 55% durante el trabajo de parto y 15% después del nacimiento. (2,24)

El diagnóstico precoz de embarazo prolongado da la pauta para la aplicación de protocolos que beneficiaran tanto a la madre como al feto, en contradicción a la toma de decisiones rápidas que muchas veces se complican intrahospitalariamente, tanto: antes, durante y/o después del parto o cesárea, aumentando de esta manera los índices de morbimortalidad, materno y fetal.

En el Hospital de Amatlán, los índices de morbimortalidad, se encuentran dentro de parámetros de alarma, según la unidad de docencia del departamento de Ginecoobstetricia. Por lo que esta investigación es

oportuna brindando un protocolo, elaborado, y puesto en práctica por especialistas de experiencia extranjera, dando por resultado la disminución de morbilidad materno y fetal. (9,23)

El presente estudio se realizó en el período comprendido de enero de 1,996 a enero del 2001; en donde se determinó la incidencia de embarazo prolongado y manejo, en el Hospital Nacional de Amatlán, a través del mismo se comprobó el cumplimiento con lo normado para el manejo de este tipo de casos.

III. JUSTIFICACION:

Del 1 al 4 % de todos los embarazos rebasan las 42 semanas, habiéndose reportado en este grupo, que por cada muerte neonatal ocurren cinco muertos fetales. La hipoxia crónica se asocia con dichas muertes fetales y neonatales.

La mortalidad neonatal o post-maturidad, se incrementa conforme es mayor el tiempo transcurrido en la gestación. Esta mortalidad puede disminuir con el uso de medidas preventivas durante el embarazo y el parto. (22)

En el Hospital Nacional de Amatlán se reporta, según estadísticas del departamento de Ginecoobstetricia, de 1 – 2% de morbilidad materna y menos de 1% de mortalidad materna, encontrándose en estos casos diagnósticos como: infección y dehiscencia de herida operatoria, infección de tracto urinario, preeclampsia, eclampsia, diabetes, hemorragia vaginal por atonía uterina. (9)

Se reporta igualmente de 2 –3% de morbilidad fetal y 1% de mortalidad fetal, encontrándose en estos casos diagnósticos como: Problemas pulmonares que en su mayoría son por broncoaspiración de meconio, dando hipoxia crónica, síndrome de sepsis, etc. (9)

Se ha mencionado, tanto en centros clínicos privados como en Hospitales Nacionales, que el embarazo prolongado es una urgencia quirúrgica, debido a los riesgos, tanto maternos como fetales que de esta derivan. (8)

El mejor tratamiento inicia desde la impresión clínica más precisa dada al ingreso, no dejando por un lado la ayuda diagnóstica del ultrasonido, y otras pruebas de bienestar fetal.

Con base a la información anterior y tomando en cuenta que no se ha realizado ningún estudio crítico relativo al tema, nace la perspectiva de efectuar el presente estudio; por lo que en tal sentido la investigación persigue; dar a conocer la incidencia y manejo, así como la experiencia en él diagnóstico y tratamiento, en pacientes atendidas por embarazo

prolongado en el departamento de Genecoobstetricia del Hospital Nacional de Amatlán, durante el período, enero de 1996 a enero del 2001.

IV. OBJETIVOS:

A. GENERAL:

1. Cuantificar la incidencia de embarazo prolongado y describir los métodos utilizados en el diagnóstico y manejo de pacientes con dicha situación en el Hospital Nacional de Amatlán durante el período enero de 1996 a enero del 2001.

B. ESPECIFICOS:

1. Identificar el motivo de consulta en pacientes con sospecha de embarazo prolongado.
2. Describir: los hallazgos clínicos, diagnósticos diferenciales, y el manejo dado, en pacientes con sospecha de embarazo prolongado.
3. Determinar: la edad materna más frecuente, los métodos diagnósticos, la condición del recién nacido a través del APGAR, y la incidencia anual de morbilidad materno-fetal; en pacientes atendidas por embarazo prolongado en el Hospital Nacional de Amatlán.
4. Cuantificar el número de paridad en que ocurre un embarazo prolongado.
5. Revisar y elaborar un protocolo de manejo definido de acuerdo a experiencia de investigadores extranjeros.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA:

A. EMBARAZO PROLONGADO

1. Generalidades:

De acuerdo con la Federación Internacional de Ginecoobstetricia – FIGO- (1987), se considera embarazo prolongado todo aquel que, contando desde el primer día de la última regla, supere las 42 semanas completas o sea 294 días de amenorrea. (22,24)

De hecho, no todo embarazo aparentemente prolongado puede considerarse incluido en este grupo, por lo que para aceptarlo como tal, habría que excluir las informaciones erróneas, los embarazos retardados y las nidaciones diferidas, cosas que, como no suele ser posible, el término puede considerarse como meramente filosófico. En la práctica, una vez descartados los errores de fecha y algunos pocos casos de ovulaciones evidentemente retrasadas, se habla de gestación cronológicamente prolongada. El resto de gestaciones reciben el nombre de "falsamente prolongadas". (2)

2. Frecuencia:

La frecuencia del embarazo prolongado depende en gran parte del criterio que se siga para etiquetarlo. Si se incluyen todas las gestaciones aparentemente prolongadas, la incidencia del síndrome se sitúa alrededor del 10-15% de todos los embarazos. (8)

Una vez depuradas las historias, tanto mediante una anamnesis cuidadosa como la ayuda de algunas pruebas complementarias, restan un 5% de embarazos cronológicamente prolongados. (8)

Sin embargo, si únicamente se tienen en cuenta las gestaciones patológicamente prolongadas, con recién nacidos afectados de dismadurez, entonces su incidencia es mucho menor: entre el 2 y 4% según las estadísticas. (8)

3. Etiología y patogénia:

Dada nuestra ignorancia sobre buena parte de los mecanismos responsables del inicio del parto, es lógico que tampoco podamos

establecer con seguridad la etiopatogénia de la prolongación de la gestación. No obstante, resulta que no existe una etiología unitaria y que en la mayoría de ocasiones estén implicados diversos factores. La prospección etimológica basada en datos estadísticos, permite apuntar algunas posibilidades agrupados según su procedencia, en factores maternos, fetales y mixtos. (21,4)

a. Factores maternos:

- i. Predisposición constitucional o genética. Este hecho explicaría los embarazos prolongados de repetición o habituales. Algunas mujeres tendrían un tiempo interior más lento, un cronómetro genital retrasado, que explicaría los ciclos largos y los embarazos prolongados, sin que propiamente se produjera una hipermadurez del producto.
- ii. Hipogenitalismo. Existe estadísticamente una mayor incidencia de hipoplasias genitales, irregularidades menstruales, infertilidad previa, ciclos anovulatorios y fases foliculares alargadas en las historias de estas pacientes. En algunos casos, la prolongación de la gestación sería, por tanto, simplemente hiperdatia, pero en otros habría que achacarla a un medio ambiente uterino u hormonal desfavorable se sugiere la posibilidad de que el miometrio no sea receptivo a los estímulos exitóticos.
- iii. Enfermedades endocrinas. Ha sido referida una mayor incidencia de gestaciones prolongadas en el hipotiroidismo, la diabetes sacarina, la diabetes insípida y otras endocrinopatías maternas.
- iv. Añosidad materna. Aparentemente, las primíparas añosas tienen incidencia de gestaciones prolongadas.

b. Factores fetales:

- i. Retraso, por motivos genéticos, del ritmo biológico de crecimiento del feto. Este factor, como es lógico, cae, por el momento, dentro del

terreno de la más pura especulación, aún cuando se sabe que existe pruebas de tal hecho en experiencia animal.

- ii. Malformaciones fetales, como es el caso, por ejemplo, de la anencefalia o la hidrocefalia.
- iii. Aplasia o hipoplasia suprarrenal fetal: Probablemente ésta es la causa del retraso del inicio del parto de algunos anencéfalos que carecen de suprarrenales. Por otra parte, la ablación de la suprarrenal en el feto de la oveja va seguida de prolongación de la gestación.
- iv. Aplasia o hipoplasia hipofisiaria: la extirpación de la glándula pituitaria en fetos de monos y de ovejas también prolonga significativamente el embarazo.

c. Factores mixtos:

En este apartado hay que incluir las alteraciones o trastornos de los mecanismos que desencadenan el parto. En el terreno de la hipótesis, cabe citar:

- i. Desequilibrio estrógeno-progesterona, ya sea por inactivación de los estrógenos libres o por exceso del gestágeno. Se ha sugerido, incluso, que la administración de gestágenos durante el embarazo puede motivar su prolongación.
- ii. Déficit de oxitocina, por falta de producción o por inactivación de aquélla por la oxitosinasa.
- iii. Fallo de los reflejos de Fergusson.
- iv. Escasez de proteína contráctil como la actomiosina. Esta penuria explicaría también la hiposistolia que existe en estos partos. (4,5,6,7,11,13,17,21,24)

4. Diagnóstico:

Su objetivo es el diagnóstico de la gestación cronológicamente prolongada, y dentro de ella, la que va acompañada de insuficiencia

placentaria. Tres son los cambios y los métodos auxiliares de diagnóstico.
(2)

a. Anamnesis:

Debe referirse especialmente a los antecedentes relacionados, a los datos que orienten sobre el inicio del embarazo y a la cronología de algunos acontecimientos.

b. Antecedentes:

Tiene cierto valor la paridad, mayor número de gestaciones prolongadas en primíparas; los antecedentes de hipogenitalismo, por ejemplo en menárquia tardía, y la duración habitual del ciclo menstrual, la existencia de infertilidad previa, y el antecedente de otros embarazos prolongados. (2,21)

i. Datos sobre el inicio del embarazo:

El interrogatorio debe intentar fijar con exactitud los siguientes puntos posibles:

- Fecha de la última menstruación, que únicamente tiene valor real cuando se trata de una mujer bien reglada y que merezca credibilidad. Incluso en este caso, puede ser cuestionable que la mujer quedara gestante el primer mes postanovulatorios.
- Fecha de la relación sexual fecundante, cuando ésta, por alguna razón determinada, es conocida.
- Fecha de la ovulación, que constituye un dato importante, si se deduce de una gráfica de temperatura basal, o de alguna exploración específica como colpocitología seriada, moco cervical, etc.
- Fecha de la inseminación artificial, cuando se efectuó en una sola ocasión durante el ciclo. (2,13,22)

ii. Cronología de algunos acontecimientos:

Para fijar con cierta exactitud la época de gestación, tiene valor la cronología de los siguientes hechos:

- Momento en que la reacción inmunológica de gestación resultó positiva por primera vez.
- Información proporcionada por la ecografía durante el primer trimestre como: fecha de aparición del botón embrionario, movimientos activos, calota, etc. y la longitud cefalocaudal.
- Fecha en la que se hace positiva la auscultación ultrasónica efecto doppler.
- Fecha de percepción de los primeros movimientos fetales por la madre. Aunque existe, en este grupo, cierta variabilidad, en la primigesta suele ocurrir a las 20 semanas, y en la multípara, a las 16-18 semanas. (2,21,15)

c) Examen clínico:

Distinguimos entre examen clínico general y obstétrico.

i. Examen clínico general:

- Evaluación del peso diario de la grávida, que se estabiliza e incluso disminuye en los casos de embarazo prolongado con peligro fetal. Naturalmente, el valor de este dato es muy importante ya que es influible por otros muchos factores como: trastornos gastroentéricos, toxemia, cardiopatías, anorexia, etc.
- Así como, hasta el término de la gestación, el decúbito prono sobre una superficie plana es incomoda o dolorosa, en la gestación prolongada esta maniobra deja de ser molesta. (22,24)

En conjunto, se trata, como vemos, de signos indirectos.

ii. Examen obstétrico:

La mayor parte de los signos sugerentes de embarazo prolongado se deben a la disminución del líquido amniótico ocasionada por la senescencia de sus elementos productores. Así, por ejemplo:

- Disminución progresiva de la circunferencia abdominal. Este signo, citado por primera vez por Ballatyne (1902), el cuál ya sugirió que estaba en relación con oligoamnios creciente. El valor clínico de este signo es indudable, hasta el punto de que algunos autores consideran que si la circunferencia abdominal aumenta no existe peligro fetal.
- Reducción de la altura uterina, aunque debida igualmente al oligoamnios, es evidente que este signo puede ser debido a otros factores, algunos de ellos estrictamente fisiológicos, por ejemplo, el encajamiento de la presentación.
- Cambios cervicales. Mientras que unos autores consideran que en la prolongación de la gestación el cuello aparece borrado o deficiente, otros describen un cuello inmaduro y desviado hacia el sacro, debido a la contractura de las fibras lisas de los ligamentos uterosacros.
- Altura de la presentación; aún cuando para la presentación se mantiene alta, otros autores consideran que más bien está impacta en la pelvis.
- Palpación fetal. Algunos autores mencionan que, el feto se aprecia a la palpación muy rígido, con una columna vertebral poco flexible. (2,4,5,21)

5. Métodos auxiliares de diagnóstico:

a. Métodos radiológicos:

Utilizados profusamente hace algunos decenios, han perdido casi todo su valor. Por lo general, la radiología es capaz, mediante el estudio de los núcleos de osificación, de decidir cuando una gestación ha llegado a término, pero no de señalar con seguridad una prolongación indebida de ésta.

Los signos radiológicos que han sido considerados como sugerentes de hipermadurez son:

- Calcificación excesiva de las estructuras craneales fetales.
- Acabalgamiento de los huesos craneales. Como es lógico, estas modificaciones plásticas pueden tener otros orígenes.
- Estrechez progresiva de las suturas.
- Regresión de la línea negra adiposa que rodea el feto como consecuencia de la desnutrición por postmadurez.
- Moldeamiento del contorno uterino sobre el feto, debido a la escasez de líquido amniótico.
- Aparición del núcleo de osificación de la extremidad superior del húmero.
- Punto de osificación del platillo tibial de una tamaño entre 5 y 7mm o signo de Bruckne-Ruckenstiner.
- Focos de calcificación placentaria.
- Mediante amniografía con una sustancia opaca liposoluble en los casos de posmadurez, se observa una falta de fijación del contraste en el cuerpo fetal excepto en la calota y la visualización del punto aubáceo como pocos de nieve. (2,4,5,21,22)

b. Métodos ecográficos:

La ecografía bidimensional puede proporcionar información sobre los siguientes aspectos:

- i. Escasez progresiva de líquido amniótico.
- ii. Deceleración, y aún estabilización de la curva cefalométrica, hecho que denuncia la insuficiencia placentaria nutritiva.
- iii. Volumen intrauterino total medido claramente por debajo de los límites de confianza.

- iv. Estabilización o disminución de la circunferencia o área abdominal fetal, al producirse una desnutrición del producto de la concepción, perdiéndose la correlación con la cefálica.
- v. Hiposinecia fetal progresiva.
- vi. Alteración placentarias sugerentes de senescencia con las imágenes ecográficas descritas en el grado III de Grannum y Berkowitz; placa basal con refrigerencia que emiten tabiques que conectan con indentaciones procedentes de la placa cordial, parénquima placentario con áreas desprovistas de ecos rodeadas de otras de gran densidad, etc. (2,4,21,22)

c. Métodos hormonales:

Tanto las dosificaciones hormonales como los estudios colpocitológicos, pueden proporcionar información sobre la funcionalidad fetoplacentaria, pero en pocos casos serán concluyentes los resultados, máxime cuando, en general, no se cuentan con una seriación previa de los datos.

- i. Pregnediol. Se cree observar un descenso de la pregnandioloria al prolongarse la gestación. Sin embargo, otros autores, opinan que los cambios no son todo suficientemente significativos como para identificar la postmadurez. (12,13,19)
- ii. Estradiol. Aún cuando unos niveles aparentemente normales de estriol urinario no excluyen la prolongación indebida de la gestación, la postmadurez va acompañada generalmente de cifras persistentemente bajas e incluso de descensos bruscos.

Se consideran como un signo de alarma dos o más determinaciones de estriol sucesivas inferiores a 10mg. 24 horas; o un descenso del 40% sobre el valor precedente. Para que éstos criterio comparativos tengan valor, es imprescindible que se calcule el estriol por gramos de creatinina. (4,22,24)

- iii. Colpocitología. Además de la elevación de los índices de eosinofilia y picnosis, con desaparición de las modificaciones progesteronales de las extensiones, tiene valor la aparición de células parabasales dotadas de núcleo pictónico como las células post-parto, papanicolau especialmente si son acidófilas. Este tipo de frotis recibe el nombre

de regresivo. Buscando una correlación entre la colpocitología y el estado de la placenta, llegan a la conclusión de que este cuadro citológico sólo aparecen cuando la senescencia placentaria es muy acusada. Algunos autores efectúan estudios citológicos tras un tratamiento con estrógenos por ejemplo, 20mg. de benzoato de estriol. Si aparecen o se agravan las modificaciones citológicas referidas, se impone el diagnóstico de embarazo prolongado. (2,4,5,21,22,24)

d. Estudio del líquido amniótico:

Puede efectuarse por amniocentesis o por amnioscopia.

- i. Amniosentesis. No siempre es posible en estos casos, debido precisamente al oligoamnios propios de ésta situación. El propósito fundamental es precisar si existe meconio en el líquido amniótico. Por otra parte, el estudio de los parámetros citológicos y bioquímicos de madurez fetal (test de clemente), permiten excluir un tosco error de fechas. Desde el punto de vista bioquímico, destaca, en casos de hipermadurez, la elevación no excesivamente significativa del ácido láctico, y algunas modificaciones en el proteinograma.

- ii. Amnioscopia. Sólo es posible si existe cierto grado de permeabilidad cervical, y en tal caso permite apreciar los caracteres físicos del líquido amniótico a través de las membranas intactas, permitiendo no solamente observar si hay ó no meconio, sino también definir con notable aproximación la edad de gestación; características de la vernix. Alrededor de la semana 42 se observa por este procedimiento un líquido amniótico de color amarillo ó anaranjado, con vernix escasa, en forma de polvo. Se trata de un procedimiento insustituible en la dirección del embarazo prolongado que permite efectuar cierta predicción del sufrimiento fetal. (5,7,22,24)

e. Análisis hemática:

Han sido descritos algunos cambios hemáticos por ejemplo:

- i. Modificaciones en el proteinograma electroforético con disminución de la albúmina, y aumento de las globulinas.

ii. Incremento de la tasa de ácido pirúvico en sangre materna.

f. Monitorización electrónica anteparto:

La frecuente insuficiencia placentaria que acompaña a la postmadurez, puede evaluarse con la monitorización biofísica prenatal, ya sea mediante las pruebas de sobrecarga, en especial el de la oxitocina, o la no estresante. Como es lógico estas exploraciones, más, que diagnosticar la prolongación patológica del embarazo, intenta rastrear una de sus complicaciones principales: la hipoxia fetal. La prueba de la oxitocina, o de pose-Hammachr, ha sido utilizada por diversos autores con esta específica indicación con resultados generalmente satisfactorios. Sin embargo, en la actualidad muchos clínicos prefieren la monitorización no estresante que permite un seguimiento frecuente, estricto y no agresivo de los casos sospechosos de hipermadurez. (20)

g. Otras técnicas utilizadas:

Aunque menos empleadas usualmente cabe citar la evaluación de la velocidad del flujo sanguíneo en el aspecto intravenoso mediante la utilización de un isótopo radiactivo por ejemplo; aclaramiento del, xenón 133. Esta técnica aparte de sus limitaciones instrumentales y potenciales peligros, no ha dado resultados concordantes en éste campo. En la actualidad se estudia la posibilidad de aplicación de la fluxuometría con doppler a esta específica indicación. (3,4)

h. Repercusión del embarazo prolongado sobre el feto:

Los mayores índices de mortalidad y morbilidad perinatal, que se observa en el embarazo prolongado, se deben aparentemente a la instauración progresiva de una insuficiencia placentaria.

Como es bien sabido, al final de la gestación se establece fisiológicamente un cuadro de senescencia placentaria, de forma que la superficie placentaria útil no aumenta en proporción de las necesidades fetales. El advenimiento del parto viene a salvar una situación que llegaría a ser insoportable.

En el caso que nos ocupa, al prolongarse patológicamente la duración de la gestación, la senescencia placentaria progresa y sobrevienen una serie de procesos regresivos placentarios como atrofia sincitiotrofoblasto, vellosidades avasculares, depósitos fibrinoides, oclusión del espacio intervelloso al adherirse unas vellosidades con otras, formación de infartos etc. que condicionan una disminución crónica de los intercambios maternofetales. Esta disminución de la permeabilidad placentaria durante el embarazo prolongado ha sido bien estudiada mediante la transferencia de sodio radiactivo.

La limitación en el intercambio transplacentario motiva fundamentalmente una disminución en el aporte de: agua; lo cual comporta una deshidratación progresiva, primero intersticial y luego mixta, y nutrientes; primero con retardo del crecimiento, y después, con la detención de este, y finalmente, real adelgazamiento, con deplación de los depósitos glúcidos y lipídicos.

En algunos casos la insuficiencia placentaria es tan importante que además de producirse en las últimas semanas de gestación una desnutrición de forma alarmante y que el feto sufre crisis subliminales de hipoxia, con acidosis y empobrecimiento de glucógeno, hasta el punto de que puede producirse la muerte in útero además de la senescencia placentaria, puede que también intervenga la isquemia uterina. Pero, más frecuentemente, la gradual deficiencia de la oxigenación sólo se pone de manifiesto cuando las exigencias fetales se hacen mayores, como ocurre al iniciarse el parto. En este caso, las contracciones uterinas inducen un sufrimiento fetal que debe ser considerado como la agudización de un sufrimiento fetal crónico que lleva varias semanas actuando. Este hecho explica el alto número de sufrimiento fetal que se observan en el parto de estos fetos. (2,3,4,17,21,22)

La mayor morbimortalidad perinatal objetivable en el embarazo prolongado, se debe no sólo a la deficiencia de oxigenación fetal a consecuencia de la senescencia placentaria, si no también a la mayor patología que se observa en el curso del parto de estos fetos. Así la mayor

parte de los autores comunican un número de alteraciones de la dinámica uterina, distócias, sufrimientos fetales e intervenciones obstétricas. (8,24)

i. Alteraciones de la dinámica uterina:

En especial se observa una tendencia a la hipodinamia con un porcentaje considerable de partos largos. En algunos casos, por ejemplo, en la diabetes insípida, postmadurez e hipodinamia, tiene el mismo origen. Es frecuente observar dos o tres semanas antes del parto, un seudotrabajo de parto.

ii. Mayor número de distócias:

Aún cuando es evidente que se ha exagerado el papel de la macrosomia en estos casos, las distócias por desproporción pelvifetal son algo más frecuentes en este grupo de parturientas que en la población general. Por otra parte, incluso con fetos de peso normal pueden producirse problemas, dada la mayor osificación de aquellos.

iii. Sufrimiento fetal frecuente:

La incidencia del sufrimiento fetal durante el parto evidenciado por la presencia de meconio, anomalías de la frecuencia cardiaca fetal o alteraciones bioquímicas, es por lo menos, el doble de lo habitual en cualquier servicio de emergencia de ginecoobstetricia.

iv. Mayor operatoria obstétrica:

La mayor incidencia de sufrimiento fetal, junto con las restantes alteraciones descritas (adinámias, distócias etc.), y la frecuente necesidad de practicar una inducción en circunstancias no óptimas, explican un mayor intervencionismo obstétrico. (8)

6. Pronóstico:

a) Pronóstico materno:

Es algo peor, especialmente por lo que respecta a morbilidad que en el parto a término, debido al mayor número de intervenciones obstétricas necesarias para extraer el feto.

b) Pronóstico fetal:

Esta claramente comprobado, como se observa en la mayor parte de las estadísticas que relacionan la mortalidad y la duración de la gestación. (2,24)

7. Mortalidad:

A partir de la 42 semanas de gestación, un ascenso vertical de mortalidad perinatal, se matiza además el pronóstico para primíparas u multíparas; y se aprecia una especial amenaza para los hijos de las primíparas en las cuales se prolonga la gestación.

Posteriormente, varias estadísticas inglesas han confirmado en líneas generales estos hechos, y se ha establecido que la mortalidad más baja se observa en la semana 40, aumentando antes y después de ésta. De prolongarse el embarazo la mortalidad perinatal se duplica en la semana 43 y se triplica en la 44. El pronóstico es siempre mejor en las multíparas; sobre bases estadísticas, el 35% de los fetos mueren anteparto, el 47% durante el parto y el 18% en la base neonatal precoz. A pesar de estos datos, diversos autores consideran que la prolongación del embarazo no es especialmente peligrosa para el feto, e incluso algunos no creen real tal prolongación, considerando que ésta es fruto de la imaginación de los obstétricos.

En el período neonatal hay que señalar un aumento considerable de neumopatías, como enfisema, atelectasia, aspiración de líquido amniótico, membrana hialina, traumatismos cerebrales y malformaciones. Las anomalías congénitas son 3 veces más frecuentes que en los partos a términos. También se consta un aumento significativo en el número de piodermitis y lesiones impetiginosas, especialmente en las áreas de descamación de la epidermis. (2,8,15,16,18,25)

a. Recién nacidos dismaduros:

Mientras la placenta no sea claramente insuficiente, el feto puede seguir creciendo intraúterino a pesar de la prolongación de la gestación

(macrosomia hipermaduro), pero lo habitual es que a partir de cierto momento se produzca una insuficiencia placentaria con alteración en la filtración. La consecuencia es una desnutrición fetal con un compromiso mayor o menor de la reserva respiratoria fetal. (15)

Para definir a este recién nacido, se ha empleado diversos términos; hipermaduro y postmaduro.

i. Aspecto:

El recién nacido que en su etapa intraúterina ha sido víctima de insuficiencia placentaria, tiene un aspecto característico, descrito por vez primera por BELLANTYNE, en 1902, y condicionado especialmente por sus características antropométricas, ciertas modificaciones dérmicas y una facies especial,

ii. Características antropométricas :

El recién nacido es delgado, con un perímetro adecuado a su peso, pero con una talla y un perímetro craneal mayores que los esperados.

iii. Modificaciones dérmicas:

La piel esta arrugada, especialmente en las manos y en los pies, por el contrario las faneras están bien desarrolladas, en los casos graves la piel y sus anexos tienen una coloración verdosa o amarillenta.

iv. Expresión:

Tiene los ojos abiertos y vivaces, como expresión de búsqueda, aunque debido a la desnutrición, tiene cara de viejo.

v. Conducta neurológica:

Los dismaduros suelen ser hiperexitables, con tono flexor aumentado y unos reflejos propioceptivos muy vivos, mientras el reflejo de succión es muy intenso sostenido, el de moro es incompleto. Sostienen mal la cabeza. (9,14,24,25)

8. Grados de dismadurez::

Son cuatro grados:

a. Grado I:

Llama la atención especialmente la escasez de lanugo y de vérnix caseosa. La falta de protección de la capa córnea de la epidemis por parte de esta última condiciona la maceración de la piel en algunos puntos; cuello, pliegues inguinal, grandes labios, bolsa escrotal, etc. La piel tiene, además, un aspecto apergaminado, pero no está teñido de meconio. El borde de los dedos está sobrepasado significativamente por las uñas, y los cabellos son más largos que en los recién nacidos normales. Su aspecto es de viejo y preocupado, con unos ojos muy abiertos. Constituye aproximadamente la mitad de los recién nacidos dismaduros, y su evolución es favorable.

b. Grado II:

Muestra todos los signos del grado I, pero más acentuados. Así la descamación de la capa córnea de la piel tiene lugar en grandes placas, que se extienden a todo el cuerpo, salvo la cabeza. La piel, en conjunto, da la impresión de gran deshidratación, al observarse un plagamiento excesivo. Esta misma deshidratación condiciona también, probablemente, el acabalgamiento de los huesos craneanos y la hipercurvatura de la columna vertebral. Una tercera parte de los dismaduros tienen este aspecto y presentan: vómitos, taquipnea, fiebre, sed, hipoglucemia etc. pero sin aumento excesivo de la mortalidad. Su asistencia se reduce al suministro inmediato de líquidos y a una alimentación temprana, procurando un control estricto de aquéllos.

g. Grado III:

En este caso, además de la signología precedente, el recién nacido presenta, la piel, las uñas y las membranas ovulares impregnadas de meconio, lo cual indica sufrimiento fetal importante. Alrededor de 10% de los dismaduros pueden ser incluidos en este grupo. Su evolución es dudosa o desfavorables, condicionada a la aparición de ciertas

complicaciones, como aspiración meconial, hipoglucemias, hipocalcemia, neumotorax, bronconeumonía, etc. La mortalidad en este grupo es del 350 por 1000. Generalmente exigen una reanimación inmediata en la sala de partos, con aspiración bronquial, y digestiva y control estricto durante los primeros días.

h. Grado IV:

Se incluyen en este grupo a aquellos fetos que días o semanas antes del parto lograron superar el grado III de dismadurez. Al nacer, la impregnación meconial no es verdosa, sino amarillento brillante como color de oro, éstos recién nacidos han sufrido, además de una desnutrición intensa, una insuficiencia respiratoria muy marcada, razón por la cual además de las complicaciones explicitadas en el grado III, pueden presentar complicaciones neurológicas importantes. Constituyen aproximadamente el 5% de todos los dismaduros. Son pocos los que nacen vivos, y si los logran, por lo general requieren internación en una Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos, aunque se incrementa claramente la mortalidad neonatal global. (14,24)

9. Protocolo de manejo:

a. Generalidades:

El siguiente es el protocolo de manejo, que se desea instaurar, en el hospital Nacional de Amatlán, en el departamento de ginecoobstetricia, para aquellas pacientes, con diagnóstico de embarazo prolongado. Dicho protocolo es considerado como una de las mejores guías, para el tratamiento de las pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado, reflejado en la disminución de la morbimortalidad, y que en la actualidad se ha venido utilizando en el Parkland Memorial Hospital de los Estados Unidos de Norte América, que por consiguiente fue revisado y analizado e igualmente puesto en práctica por la experiencia de especialistas extranjeros.

b. Componentes del protocolo de manejo:

En el Parkland Memorial Hospital, el protocolo de manejo de las pacientes con diagnóstico de 42 semanas de embarazo o más, y consideradas como postérmino es el siguiente:

i. Postérmino favorable:

Son las pacientes llevadas a inducción del trabajo de parto, por presentar la cabeza fetal fija a la pelvis y muestra borramiento y dilatación cervical de 2cm. ó más, efectuándose dicha inducción con oxitocina. Si la inducción es fallida, es decir no produce trabajo de parto, no rompe membranas, y el feto esta hemodinámicamente estable, la paciente puede volver a casa e internarse nuevamente en una semana.

ii. Postérmino no favorable:

Cuando la paciente llega a su 42 semanas de edad gestacional o más, y que por examen clínico, y por ayuda diagnóstica, se detecta cualquier anomalía fetal, entre ellas, presentación podálica, transversal o cefálica, disminución de movimientos, alteración en la frecuencia cardiaca fetal, o disminución franca de la cantidad de líquido amniótico; anomalías maternas, como preeclampsia severa o eclampsia se debe acudir de inmediato a la cirugía, ya sea esta electiva o de urgencia, si por lo contrario y la situación materno fetal esta apta se debe acudir a la inducción con oxitósicos, y tomando la conducta para un embarazo favorable.

iii. Posiblemente postérmino:

En ausencia de cualquier factor de riesgo, materno y fetal, dada por la ayuda diagnóstica, y evaluación clínica, el plan a seguir, es como el de un embarazo postérmino favorable; de todo lo contrario, se estima, que el tratamiento sea definitivamente como embarazo postérmino desfavorable descrito anteriormente. (3,7,15,22,24)

c. Evaluación de la conducta a seguir:

Existen tres conductas posibles: expectante, intervencionista y selectiva.

i. Conducta expectante:

Es la definida por aquellos autores que no creen en la prolongación patológica de la gestación o que consideran que sus esgos no escasos rijustifican una intervención sistemática. Arguyen que para un riesgo fetal aparece, una vez sobre diez, no está justificado efectuar una inducción en 9 mujeres, en las cuales todo ha de transcurrir normal.

ii. Conducta intervencionista:

Proporcionada por aquellos que consideran que los riesgos de la espera son mayores que los de una actuación profiláctica reglada. Al alcanzarse el último día de la semana 42, se decide la terminación del embarazo mediante una técnica de inducción cuidadosa, como puede ser la cardiff. Si la inducción fracasa y toda vez que se habrá practicado la amniorrexis artificial, hay que recurrir a la cesárea. Sin embargo, el porcentaje de cesáreas no aumenta significativamente sobre la cifra habitual del servicio, así como tampoco la mortalidad perinatal.

iii. Conducta selectiva:

Diversos autores sugieren una conducta selectiva, sometiendo a la paciente a un control estricto a partir de la semana 41 e induciendole liberalmente cuando las condiciones sean adecuadas, pero adoptando una conducta expectante, muy vigilada, cuando la inducción aparece como difícil ó posible y las pruebas de bienestar fetal son satisfactorias. (3,22,25)

d. Metodología del protocolo:

Alrededor de los 280-290 días, durante el llamado período de observación, se intentará aclarar en todos los casos de edad de gestación, mediante los siguientes procedimientos.

- Revisión de la historia y en especial de la anamnesis.
- Amnioscopia.
- Ecografía (crecimiento del DBP, áreas cefálica y abdominal).

Si existen dudas sobre la edad de gestación se repetirá la amnioscopia y la ecografía una semana después, lo cual, probablemente, resolverá el

diagnóstico. De persistir las dudas se efectuará una amniocentesis exámenes de creatinina, urea, y osmolaridad. De esta forma se intenta llegar al período de alarma a partir de los 290 días . Si no hay dudas sobre la edad gestacional, a los 290 días se toman las siguientes medidas.

- Aminioscopia y prueba de Bishop.
- Solicitud de estriol urinario urgente
- Monitorización electrónica prenatal.

Según los resultados de esta prueba, se actuará de la siguiente forma:

- i. Si todo es normal, y la prueba de Bishop es inferior a 6 en nulíparas, se repiten todas las exploraciones a las 48 horas.
- ii. Si la amnioscopia muestra meconio, la conducta dependerá de la paridad y de la prueba de Bishop.
 - Nulípara o múltiparas con prueba de Bishop inferior a 6; cesárea electiva.
 - Nulípara con prueba de Bishop superior a 6 cesárea electiva, salvo que se considere posible la inducción, por encajamiento pelvico, etc.
 - Múltiparas con prueba de Bishop superior a 6, amniorrexis artificial y determinación de PH. Si éste es inferior a 7.25 procedemos a inducción según Cardiff.
- iii. Si la amniocopia muestra aguas claras, pero el estriol es inferior a 10mg/24 horas, el HPL no alcanza los 4.5mg/l y/o la evaluación de la RRF mediante el test de Dexeus es prepatológico, se ingresa a la paciente en el servicio y se le efectua un control exhaustivo cada 24 horas.

La decisión de cesárea se establece electivamente al llegar a los 290 días, independientemente del resultado de los controles, en los siguientes casos: presentación podálica, primíparas añosas, pelvis desfavorables, toxemia, malos antecedentes obstétricos como lo son fetos muertos, etc. Así pues, cuando no hay dudas respecto a la duración de la gestación, finalizar estos embarazos entre 290 y 293 días, no sobrepasando los 294 días. Actuando de esta forma, el inicio del parto, en la semana 41 de gestación.

i. Tipo de inducción:

Se practica la inducción de la siguiente manera:

- i. Cuello maduro; amniorrexis artificial baja y monitorización electrónica continua de la frecuencia cardiaca fetal, y de la dinámica uterina, un control bioquímico seriado y selectivo.
- ii. Cuello relativamente inmaduro y cabeza alta. Maniobra de Hamilton-Copperman para despegar la dinámica uterina y conseguir unas condiciones locales mejores, se procede como en el caso anterior.

La estimulación oxitócica se realiza mediante bomba de infusión automática, incrementando la dosis de oxitocina de forma exponencial cada 15 minutos de acuerdo con la respuesta contráctil del útero. Se empieza con 1 mU/l min, y se duplica la dosis cada 15 minutos. La decisión de cesárea se tomará siempre en cuenta; que en el curso de la inducción aparezca sufrimiento fetal agudo, o cuando transcurra 12 horas de inicio de la dinámica del parto no haya concluido. (3,10,12,13,19,21,22,23,24,25)

VI. MATERIAL Y METODOS:

A. METODOLOGIA:

1. Tipo de estudio:

Descriptivo, no experimental, longitudinal, retrospectivo, de las pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado, atendidas en el Hospital Nacional de Amatlán, en el período comprendido de enero de 1996, a enero del 2001.

2. Selección del sujeto de estudio:

La selección se llevó a cabo, por medio de la revisión, del libro de registros y expedientes de pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado de la clínica de alto riesgo, obstétrico, y del servicio de emergencia del departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional de Amatlán, durante el período de enero de 1996 a enero del 2001.

3. Población muestra de estudio:

Se tomó el total de los expedientes médicos que ascienden a 209.

4. Criterios de inclusión y exclusión:

a) Criterios de inclusión; Expedientes de pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado, que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia, durante el período enero de 1,996 a enero del 2001.

b) Criterios de exclusión: Expedientes a pacientes, con diagnóstico de embarazo prolongado, y consultaron al departamento de Ginecoobstetricia, pero no se les dio ningún seguimiento.

5. Variables de estudio: (ver cuadro adjunto)

6. Instrumento de recolección y medición de las variables o datos:

Revisión de los libros de registro de la clínica de alto riesgo y emergencia del departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional de Amatlán.

Revisión de expedientes con los criterios de exclusión e inclusión, mencionados.

Llenado de una boleta recolectora de datos revisado por médicos revisor y asesor. (Vex anexos).

5.VARIABLES A ESTUDIAR:

Variables	Def. conceptual	Def. operacional	Escala de medida	Unidad de medida
Sexo.	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra.	Genero que identifica al sujeto de estudio.	Nominal.	Femenino.
Edad.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona.	Tiempo cronológico del paciente.	Ordinal.	Años.
Edad gestacional.	Tiempo transcurrido desde la fecundación de un feto.	La edad estimada del feto intrauterino.	Ordinal.	Semanas.
Fecha de última regla	Día y mes en el que ocurrió su último período menstrual.	Fecha para estimar el tiempo de embarazo.	Ordinal.	Día-mes-año.
Métodos de ayuda diagnóstica.	Exámenes de gabinete.	Exámenes de gabinete que ayudan a dar un diagnóstico médico.	Nominal.	USG, Perfil biofísico, Rayos X, etc.
Motivo de consulta.	Signo-síntoma por el cuál, consulta un paciente con el médico.	Signo-Síntoma que va a identificar el embarazo prolongado por el médico.	Nominal.	Signo-Síntoma que médico identifica a su ingreso.
Examen físico de ingreso.	Evualuación del paciente por el médico.	Signo encontrado por el médico que definirá la conducta a seguir.Nominal.	Nominal.	Signo-síntoma encontrado por el médico a su ingreso.
Diagnóstico de ingreso.	Patología descrita por el médico.	Impresión clínica dNominal.ada por un médNominal.ico.	Nominal.	Patología que afecta a la paciente desde su ingreso.
Manejo dado a la paciente.	Tratamiento que se le da a un paciente.	Tratamiento instaurado a la paciente desde el ingreso.	Nominal.	Tratamiento que se le brinda a la paciente desde el momento de su ingreso.
Paridad.	Número de hijos dados por el sexo femenino.	Número de embarazos de la vida reproductiva del sexo femenino.	Ordinal.	Pes, CSTP, Ab. Hv. Hm.
APGAR.	Examen físico dado al recién nacido por un	Puntuación dada al minuto y a los cinco	Ordinal.	Puntuación dada por el pediatra, al recién

	pediatra.	minutos al recién nacido.		nacido a través del examen físico encontrado.
Complicaciones maternas.	Patología que afecta a la madre.	Fmormimortalidad materna.	Nominal.	Patología que afecta a la madre desde su ingreso.
Complicaciones del recién nacido.	Patología que afecta al recién nacido.	Morbimortalidad del recién nacido.	Nominal.	Patología que afecta al recién nacido.
Período intergenésico.	Tiempo entre cada embarazo.	Espacio de tiempo transcurrido entre el inicio del embarazo actual a la finalización del anterior.	Ordinal.	Mes, año.

8. Presentación de resultados y tipo de tratamiento estadístico:

La presentación de resultados se da a conocer por medio de cuadros y gráficas estadísticas. Tabulaciones por medio de intervalos de cada año, refiriéndose a una forma descriptiva, y analítica.

9. Aspectos éticos:

La realización del presente trabajo de tesis, toma en cuenta factores morales y éticos, sobre todo conservando la confidencialidad de todos los datos personales, proporcionados por medio de los expedientes, y a la colaboración de la unidad de docencia e investigación, del departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional de Amatlán.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

A continuación se presentan los cuadros y gráficas de los resultados obtenidos en el presente estudio, en dónde se revisaron un total de 209 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado.

CUADRO 1

DISTRIBUCION SEGÚN GRUPO ETAREO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS CON
DIAGNOSTICO DE EMBARAZO PROLONGADO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE
AMATITLÁN
ENERO DE 1996 A ENERO DEL 2001.

EDAD	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%	2000	%	Total:	%
16-20	4	33.3	3	25	2	16.7	2	16.7	1	8.3	12	100
21-25	9	36	7	28	4	16	3	12	2	8	25	100
26-30	15	26.8	16	28.6	10	17.8	8	14.3	7	12.5	56	100
31-35	13	22.4	12	20.7	12	20.7	11	19	10	17.2	58	100
36-40	11	28.2	8	20.5	8	20.5	7	18	5	12.8	39	100
41-45	7	36.8	6	31.6	2	10.5	3	15.8	1	5.3	19	100
Total:	59	28.2	52	25	38	18.2	34	16.3	26	12.3	209	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.
Expedientes médicos del archivo del Hospital Nacional de Amatitlán.
Tesis: Embarazo Prolongado. Incidencia y manejo en el Hospital Nacional de Amatitlán.

CUADRO 2

MOTIVO DE CONSULTA DE LAS PACIENTES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO
DE EMBARAZO PROLONGADO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLÁN.
ENERO DE 1996 A ENERO DEL 2001.

VARIABLE	TOTAL	%
A	62	30
B	41	20
A+B	68	32.5
C	24	11.5
D	14	6.7
E	171	82
F	209	100

En donde:

- A: Inicio del trabajo de parto.
- B: Ruptura prematura de membranas ovulares.
- C: Disminución de movimientos fetales.
- D: Disminución de la frecuencias cardiaca fetal.

- E: Diagnóstico de embarazo prolongado por ultrasonido.
 F: Diagnóstico de embarazo prolongado por fecha de última regla.

Fuente: Boleta de recolección de datos.
 Expedientes médicos del archivo del Hospital Nacional de Amatlán.
 Tesis: Embarazo Prolongado. Incidencia y manejo en el Hospital Nacional de Amatlán.

CUADRO 3

PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO PROLONGADO QUE LLEVARON CONTROL PRENATAL POR CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLÁN. ENERO DE 1996 A ENERO DEL 2001.

Año	Si	%	No	%	Total:
1996	11	18.6	48	81.4	59
1997	15	29	37	71	52
1998	17	45	21	55	38
1999	21	62	13	38	34
2000	24	92	2	7.7	26
Total:	88	42	121	58	209

Fuente: Boleta de recolección de datos.
 Expedientes médicos del archivo del Hospital Nacional de Amatlán.
 Tesis: Embarazo Prolongado. Incidencia y manejo en el Hospital Nacional de Amatlán.

CUADRO 4

METODOS DE AYUDA DIAGNOSTICA UTILIZADOS EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO PROLONGADO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE MATITLÁN. ENERO DE 1996 A ENERO DEL 2001.

METODO	No.	%
Ultrasonido	88	42
Rayos X	108	51.7
Perfil Biofísico	9	4.3
Otros	4	2
Total	209	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.
Expedientes médicos del archivo del Hospital Nacional de Amatitlán.
Tesis: Embarazo Prolongado. Incidencia y manejo en el Hospital Nacional de Amatitlán.

CUADRO 5

TRATAMIENTO BRINDADO A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO PROLONGADO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN.
ENERO DE 1996 A ENERO DEL 2001.

Tratamiento	No.	%	
PES:	52	25	
PES y forceps.	31	15	
CSTP:	97	46	
Inducción con oxitócicos.	Que evoluciono a cstp	4	2
	Que evoluciona a pes	5	2.4
Conducción con oxitócicos.	Que evoluciono a cstp	6	2.9
	Que evoluciono a pes	14	6.7
Total.	209	100	

En donde: PES: Parto Eutócico Simple.
CSTP: Cesárea Segmentaria Transperitoneal.

Fuente: Boleta de recolección de datos.
Expedientes médicos del Hospital Nacional de Amatitlán.
Tesis: Embarazo Prolongado. Incidencia y manejo en el Hospital Nacional de Amatitlán.

CUADRO 6

COMPLICACIONES MATERNAS ECONTRADAS EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO PROLONGADO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN.
ENERO DE 1996 A ENERO DEL 2001.

Complicación	No.	%
CSTP por desproporción cefalo-pelvica.	62	58
CSTP. Por sufrimiento fetal agudo.	24	22.4
CSTP. Atonía uterina.	8	7.5
CSTP por ovito fetal.	13	12
Preeclapsia.	11	5.3
Eclapsia.	9	4.3
Liu por retención placentaria.	7	6.8
Total.	134	64

EN DONDE: CSTP: Cesárea Segmentaria Transperitoneal.
Liu: Legrado Instrumental Uterino.

Fuente: Boleta de recolección de datos.
Expedientes médicos del Hospital Nacional de Amatitlán.
Tesis: Embarazo Prolongado: Incidencia y manejo en el Hospital Nacional de Amatitlán

CUADRO 7

COMPLICACIONES DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES CON
DIAGNOSTICO DE EMBARAZO PROLONGADO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
NACIONAL DE AMATITLAN.
ENERO DE 1996 A ENERO DEL 2001.

COMPLICACIONES	No.	%
Lesiones causadas por uso de fórceps.	14	6.7
Síndrome de diestres respiratorio.	12	6
Anomalías congénitas.	7	3.3
Total.	33	16

Fuente: Boleta de recolección de datos.
Expedientes médicos del archivo del Hospital Nacional de Amatitlán.
Tesis: Embarazo Prolongado. Incidencia y manejo en el Hospital Nacional de Amatitlán.

CUADRO 8

IDENTIFICACION DE LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA-FETAL ANUAL EN
PACIENTES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO PROLONGADO EN EL
HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN.
ENERO DE 1996 A ENERO DEL 2001.

AÑO:	MATERNIDAD	FETAL
1996	3	1
1997	2	3
1998	2	2
1999	1	1
2000	1	0
TOTAL:	9	7

En donde: Tasa de mortalidad materna:

$$\frac{\text{Muertes debidas a todas las causas puerperales durante un año.}}{\text{Total de nacimientos vivos durante el año.}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad fetal:

$$\frac{\text{Número total de muertes fetales durante un año.}}{\text{Número total de alumbramientos durante el año.}} \times 1000$$

Fuente: Boleta de recolección de datos.
Expedientes médicos del archivo del Hospital Nacional de Amatitlán.
Tesis: Embarazo Prolongado. Incidencia y manejo en el Hospital Nacional de Amatitlán.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.

A través de este estudio se determinó, que los grupos etareos con mayor incidencia están comprendidos entre las edades de los 21 a 40 años, período descrito como cúspide de la fertilidad del sexo femenino, es común de esperarse este dato. Se encontró igualmente pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado en el grupo etareo comprendido entre las edades, de los 16 a 20 años, a este período, se le puede atribuir de que es un área rural en donde las fecundidades empiezan desde temprana edad debido a su baja escolaridad, que es común en estas regiones de Guatemala; otro aspecto muy importante, como nos muestra la gráfica 1, la correlación entre grupos etareos y años, es que conforme la paciente tenga mayor edad, mayor es la incidencia de encontrar pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado en un mismo año descendiendo igualmente después de los 31 años de edad, todo comprensible por lo anteriormente descrito.

Los motivos de consulta más frecuentes, fueron el inicio del trabajo de parto, y la ruptura de membranas ovulares, que ocuparon un 30 y 20% respectivamente, los motivos de consulta identificados en el cuadro y gráfica 2, relacionados a la disminución de la frecuencia cardiaca fetal con 6.7%, y a la disminución de los movimientos fetales con 11.5%, en su mayoría fueron referidos por la comadrona regional, de los cuáles algunos fueron confirmados y llevados a sala de operaciones, para efectuarles cesárea por sufrimiento fetal agudo, y resolver el embarazo lo más pronto posible, el resto fueron llevados a sala de partos para tratamiento de inducción y conducción.

Un 32.5% del total de las pacientes consultaron por inicio del trabajo de parto y ruptura de membranas ovulares, dichas pacientes fueron llevadas a sala de parto para control estricto materno fetal y atención del parto. El 100% de todas las pacientes, se les diagnóstico, embarazo prolongado, mediante la fecha de última regla, de estas el 81.8% fueron confirmadas por medio del ultrasonido, un 18.2% no se encontró ninguna ayuda diagnóstica para la confirmación del embarazo prolongado.

Se detecto que el intervalo intergenésico, de estas pacientes esta comprendido entre el año y medio y los dos años, por lo que en las estadísticas, aparecen una misma paciente dos veces, con el mismo problema, pero en diferente

año, recordando que este estudio trató los casos por separado. Se identificó que los grupos etareos por arriba de los 26 años tienen un antecedente de 2 ó 3 gestaciones, o más, de las cuales ya contaban con un antecedente de embarazo prolongado.

El cuadro y la gráfica 3 nos da una clara evidencia de que la mujer de la región de Amatlán, pese a su baja escolaridad y a su intervalo intergenésico corto; ha venido comprendiendo la importancia del control prenatal, aumentando las cifras de asistencia desde 1996 al 2000 de un 5.3% a un 11.5% y disminuyendo igualmente la cifra de inasistencia de un 23% a un 0.9% respectivamente.

El cuadro y la gráfica 4 demuestran que la ayuda diagnóstica más utilizada, es el ultrasonido, por medio de este se confirmó un 81.8% de los casos de embarazo prolongados, de los cuales el 53% se efectuaron intrahospitalariamente, a las pacientes que se le efectuó rayos X, fueron para diagnosticar, estreches pélvica por medio de la pelvimetría correspondiendo a un 49.6%, los datos como perfil biofísico utilizados muy poco, sólo daban indicación de bienestar fetal identificados con un 4.3%, y los datos con un 2%, tabulados como otros, fueron a quienes no se les documentó alguna ayuda diagnóstica, porque probablemente nunca llevo un control prenatal ó porque no se dio la oportunidad, generada, por la emergencia de un trabajo de parto activo con buena dilatación ó, por un sufrimiento fetal agudo.

El tratamiento brindado a estas pacientes asciende a un 25% de partos normales, hubieron partos en quienes hubo la necesidad de utilizar fórceps que asciende a un 14.8% y que en la mayoría de los cuales se efectuó por cansancio materno. Un 46% de cesáreas, por desproporción cefalo-pélvica, sufrimiento fetal agudo, u ovito fetal hubieron pacientes sometidas, a inducción con oxitócicos de las cuales el 2.4% fueron llevadas a sala de parto, y un 2% fueron llevadas a sala de operaciones para efectuarles cesárea por inducción fallida, e igualmente un 6.7% fueron sometidas a conducción con oxitócicos que termino en sala de parto y un 2.9% que fue llevada a sala de operaciones para realizarles cesárea, por conducción fallida como están descritas en el cuadro y la gráfica 5.

Las complicaciones maternas más frecuentes esta constituidas por cesárea, de éstas como se ha venido mencionando por desproporción cefalo-pélvica, sufrimiento fetal agudo, como lo indica el cuadro y la gráfica No.6 se efectuaron cesáreas por atonías uterinas generadas post-parto igualmente por ovito fetal, que no respondieron al tratamiento con oxitócicos, se determino que estas pacientes corresponden al grupo etareo por arriba de los 35 años de edad y con una paridad de hasta 3 a 5 hijos, por parto normal; preeclampsia con un 5.3%, y eclampsia con 4.3%, un 3.3% de legrados instrumentales intrauterinos por retención

placentaria, y quienes las pacientes permanecieron por más de 72 horas para observación y tratamiento antimicrobianos.

Las complicaciones de los recién nacidos, encontradas fueron por lesiones ocasionadas por los fórceps con un 4%, y por el desarrollo de diestres respiratorio con un 36%, desde 1996 pero no se reporto ningún dato de mortalidad en estos casos.

En el cuadro y gráfica No.7 encontramos que las anomalías congénitas, siempre existen y en esta región se reporto un 21% de los cuales presentaban agenesia de algún pabellón auricular, y labio leporino que en ambos casos son corregibles por cirugía, pero que de una u otra forma crean complicaciones a los recién nacido, principalmente con el hallazgo de labio leporino y paladar hendido, que la mayor complicación se presenta al momento de la alimentación y forma secundaria por el mal manejo de secreciones, corriendo el riesgo de asfixia.

Las tasas de mortalidad materno-fetal descritas por año en el cuadro y gráfica No. 8 y que casi por si mismas explican la trayectoria de estos casos en los últimos 5 años. La tasa de mortalidad materna se reporta en la mayoría de los casos por complicaciones como eclampsia, disfunciones hemorrágicas, por atonía uterina, casos que se reportaron con un descenso en 1996 a 1997 con un 3% y otro descenso en 1998 a 1999 con un 2%, obteniendo para el año 2000 un 1%, a la fecha ha venido disminuyendo. La tasa de mortalidad fetal que se elevo entre el año 1997 y 1998 con un 2% desde entonces se detecta un descenso hasta el año 2000 con un 1% y que es debido a los casos de anencefalia, y ovitos fetales, dichas patologías fueron reportadas como las causantes del mayor tasa de mortalidad fetal.

Ambas tasas de mortalidad materno-fetal ha venido disminuyendo, por la importancia que la mujer amatitlaneca, le ha dado al control prenatal.

IX. CONCLUSIONES.

El presente estudio es el resultado de una investigación descriptiva y retrospectiva sobre incidencia y manejo de pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado llevada a cabo en el Hospital Nacional de Amatlán, durante el período de enero de 1996 a enero del 2001.

1. Los motivos de consulta más frecuentes, de las pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado, esta constituido por los signos y síntomas del inicio del trabajo de parto, con un 30%, y en asociación a la ruptura de membranas ovulares con un 32.5%.
2. El hallazgo clínico más relevante fue el encontrar, un trabajo de parto inicial, con un feto con buenos movimiento y una frecuencia cardiaca normal, hasta en un 90% de todos los casos, el resto, ya corresponde a alteraciones tanto materna como fetales. Se encuentran diagnósticos diferenciales tales como: desproporción cefalo-pelvica (58%), preeclapsia (5.3%), eclapsia (4.3%), sufrimiento fetal agudo (22.4%) y ovito fetal (12%). El tratamiento brindado a la paciente en su mayoría con un 46% corresponde a CSTP, seguida de parto eutócico simple con un 25%, utilizando igualmente el forceps en un 15%, se brindo tratamientos de inducción y conducción.
3. El grupo etareo que se reporta con mayor incidencia de embarazo prolongado se encuentran comprendidas entre las edades de los 21-40 años de edad. Un 42% del total de pacientes utilizó el ultrasonido como ayuda diagnóstica, un 52% la radiografía, un 4% el perfil biofísico, y un 2% no se les documenta ninguna ayuda diagnóstica. Las condiciones físicas de los recién nacidos se considera en un 90% como buena, al obtener un APGAR, promedio entre 7 al primer minuto y 9 a los cinco minutos. La incidencia de morbilidad materna, esta dada por CSTP con un 50.9%, (desde 1996 al 2001) y su mortalidad por eclapsia, con un 2% anual aproximadamente, la morbilidad del recién nacido esta dada por lesiones craneales por fórceps con 6.7%, (desde 1996 al 2001) y su mortalidad dada por síndrome de diestres respiratorio y por sufrimiento fetal agudo dando un 1% anual aproximadamente.

4. Se ha determinado, que el embarazo prolongado ocurre con mayor incidencia en pacientes con un antecedente de hasta 2 ó 3 partos previos comprobado por un 95% de los casos estudiados.
5. Se revisó y elaboró un protocolo de manejo definido con experiencia de investigadores extranjeros, el cual el mismo se encuentra en la revisión bibliográfica de esta tesis, bajo el subtítulo de “PROTOCOLO DE MANEJO”.

X. RECOMENDACIONES.

1. Orientar a las pacientes embarazadas, de la importancia de tener siempre presente, los signos y síntomas de alarma, durante todo el embarazo, tales como, disminución de los movimientos fetales, salida de líquido amniótico, etc. De igual forma instruir a las pacientes a llevar un control prenatal, para evitar complicaciones maternas tales como: Preeclampsia, eclampsia, y fetales como: sufrimiento fetal agudo, y ovito fetal.
2. Educar a las pacientes embarazadas de la importancia de espaciar los embarazos, así ampliar el intervalo intergenésico, igualmente sobre la edad adecuada para procrear hijos.
3. El cuerpo médico, debe utilizar durante un control prenatal la ayuda diagnóstica; USG, Rx, Perfil Biofísico, etc. y proporcionar dicho control en por lo menos doce consultas por embarazo, para disminuir la incidencia de morbilidad materno-fetal.
4. Hacer uso del protocolo de manejo, para pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado, que esta investigación proporciona.

XI. RESUMEN.

El presente estudio fue realizado en el departamento de Ginecoobstetricia en el Hospital Nacional de Amatlán, el estudio consiste en determinar la incidencia de embarazo prolongado y describir los métodos utilizados en él diagnóstico y manejo de pacientes con dicha situación.

El estudio fue descriptivo retrospectivo, con un total de 209 casos durante un período comprendido desde enero de 1996 a enero del 2001, con tal fin se realizó una boleta para recolección de datos utilizados para recabar la información; libros de registro de ingreso de la emergencia y de la consulta externa; de pacientes a sala de parto, de operaciones, y alto riesgo, del departamento de Ginecoobstetricia, para luego revisar los expedientes clínicos de los pacientes elegidos utilizando los criterios de inclusión y exclusión.

El análisis de datos establece que los casos de embarazo prolongado se presentaron con mayor frecuencia, entre los grupos etáreos, comprendidos entre las edades del 21 a 40 años, los motivos de consulta más frecuentes fueron el inicio de trabajo de parto con un 30%, y asociado a la ruptura de membranas ovulares con un 32.5%, no dejando por un lado mencionar que se presentaron pacientes a la emergencia, reportando disminución tanto como de la frecuencia cardiaca como de los movimientos fetales. El 100% de pacientes se establece prolongación del embarazo por la fecha de ultima regla, confirmando un 82% de estos por ultrasonido. Determinando que durante este período de tiempo se llevó un 42% de control prenatal, y que la ayuda diagnóstica más utilizada fue el ultrasonido en un 81.8% tomando en cuenta los referidos, pero a nivel intrahospitalario la ayuda diagnóstica más utilizada fueron los Rx. con un 57.7% para descartar estreches pelvica. El tratamiento consistió en un 48.8% de partos normales y de un 51.2% de cesáreas. La mayor complicación materna encontrada fue la cesárea, producida por desproporción cefalo-pelvica con 58% y las producidas por sufrimiento fetal agudo con un 22.4%, y la complicación fetal más importante fue en un 6.7% producidas por lesiones de la piel del cráneo al utilizar fórceps, seguidas por síndrome de diestres respiratorio con un 6%. Las tasas de mortalidad materno-fetal durante este período, corresponde a 1% respectivamente.

Se considera que un 95% del total de casos que consultaron por diagnóstico de embarazo prolongado, al Hospital Nacional de Amatlán, durante el período comprendido de enero de 1996 a enero del 2001. Fueron exitosos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1 M, Biaculli . Aladjem, J. Obstetric patrics. 8ed. S.T. Louis, Mosby, 1998, 877p.
2. Arias, F. Guia práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. Mosby/ Doyma Libros, 2da Edición, España, 1999. 150p.
3. Barden, Tj. Labor in Pitkin R (ed). Year book of obstetrics and Gynecology. 3ed._ Chicago, 1996, 254p.
4. Bélizan Jm, Villar J, Nardin Jc, Malamud J, De Vicuñas. Diagnosis of intrauterine growth retardation by a simple clinical method: measurement of uterine height, Am J. Obstet Gynecol. 5ed. Orlando_Florida. 1997 131-240p.
5. Belrkowitz Rl. Hobbins Jc: A Reevaluation of the value of LCS determinación in the managment of prolonged pregnancy Am J. Obstet Gynecol. 6ed. Arizona. 1996. 145-156p.
6. Book CGD: Consequences of intrauterine growth retardation. Br. Med 2ed. Florida. 2000. 286-299p.
7. Cetrulo CL. Feerman R, Bioelectric evaluation in intrauterine growth retardation clin obstet gynecol. 5ed. New Mexico. 1997. 979p.
8. Creasy RK. Intrauterine Growth Retardation Opimal Delivery Time. Presented at the seventy, eighth ross conference on pedratic reasearch. (Obstetrical Decision and Neonatal Outcome), San Diego May, 15, 1995.
9. Conferencia de médicos de Hospital Nacional de Amatitlán 10ª. 2001; Amatitlán Guatemala Discusión y análisis estadístico general y presentación de casos interesantes ; del 2 al 4 Abril del 2001.
10. Chez, R. A. Prostaglandin E2, for cervical ripening contemp ostetric gynecology. 8ed. U.S.A. November de 1999. 450p.
11. Dexeus, S. Patología obstétrica. Salvat, Editores. Florida. 1998. 178-190p.
12. Goodman y Gydman, Bases farmacológicas de la terapéutica. 8ª. Edición Editorial Panamericana, Mexico 1995, 923-948p.

13. Harris, B.A. Judgel, Induction of Labor, International, journal of gynecology and obstetrics. Volume, 5to. U.S.A. 1996, 6262p.
14. Hatwick R,E. et al. Ethical Dilemmas in Currente Obstetric and Newborn Care Report Conference On Pedriatic Intrauterine Growth Retardation. N Engl J Med. 1996. Ene 20; 201-208p.
15. Jones M.D.jr. Battaglia Fc. Intrauterine Growth Retardation. Am J. Obstet Gynecol. 4ed. New Mexico. 2000. 127-540p.
16. Lagrew, D. C. And R. K. Feeman, Managemente of, Potdate Pregnancy, Am J. Obstet Gynecol. 8ed. Texas. 1996. 154-250p.
17. Leveno K.J. Quirk JG, Cunnonghan FG. Nelson SD. Santos Ramon R. Toofanian A, Depalma RT: Prolonged Pregnancy, I Observation Cpnccennin the Causes Of Fetal Distress. Am J. Obstet Gynecol. 4ed. 1996. 125-550p.
18. Miyazaki, FS. Miyazaki BA. False Reactive Nonstress Test In Postterm Pregnancies, Am J. Obstet Gynecol. 4ed. Kansass. 1995. 250-680p.
19. Pernoll, M. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico. Editorial El manual moderno, Capitulo 9, Curso y Atención del Trabajo de Parto y Parto Normal. 6ed. 1998. 234-236p.
20. Reynold, J.W. et al. Fetoplacental Steroid Metabolismo in, Prolonged Pregnancias, Am J. Obstet Gynecol. 7ed. Boston. 1996. Jan; 154-769p.
21. Schawarcs r.c. Obstetricia. Editorial El Ateneo 4ta. Edición Argentina 1997, 508-512p.
22. Shime, J. Et. Al. The Influence Of Prolonged Pregnancy On Infant, Development, At, On And, Two, Yeard, of age a Porspective Controlled study Am J. Obstet Gynecol. 4ed. Missuri. 1996. 154-341p.
23. Worley Rj. Everett RB. Mac Donald Pc. Gant Nf. Intrauterine Growth Retardation, Experience At Parkland, Memorial Hospital Medical Clinics Of North America. 1995. 68-505p.

24. Vottn RA, Gibilis LA: Active management of prolonged pregnancy. Am J. Obstet Gynecol. 6ed. Alaska. 1997. 168:557-562p.
25. Fischer RL. McDonnel DW, et al: Amniotic fluid volume estimation in the postdate pregnancy: A comparison of techniques. Am J. Obstet Gynecol. 8ed. New Mexico. 698-703p. 1995

XIII ANEXOS:

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN**

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha: _____

No: _____

Edad materna: _____

MOTIVO DE CONSULTA:

Inicio del trabajo de parto: _____ Ruptura de membranas ovulares: _____

Disminución de movimientos fetales: _____ Disminución de las FCF: _____

Prolongación del embarazo por FUR: _____

Algún dato proporcionado por USG: _____

Otros: _____

ANTECEDENTES:

Paridad: G: _____ P: _____ CSTP: _____ Hv: _____ Hm: _____

Intervalo intergenésico: _____ años; _____ meses.

Embarazos prolongados previos: _____ Control prenatal SI NO

Complicaciones maternas y/o fetales previas, indicar: _____

EXAMEN FISICO ENCONTRADO:

Edad del embarazo actual: FUR: _____ AU: _____ USG: _____

Tipo de trabajo de parto: activo: _____ inicial: _____

Movimientos fetales: Activos: _____ disminuidos: _____ no se perciben: _____

FCF: normal: _____ bradicardia: _____ taquicardia _____ no se perciben: _____

RMO: SI NO Hemorragia vaginal: SI NO

Dilatación: _____ cm. Borramiento: _____ %.

Evaluación pélvica: normal: _____ estreches: _____

DIAGNOSTICO DE INGRESO:

Ingreso a: _____

Métodos de ayuda diagnóstica: USG: _____ Rayos X: _____ Perfil biofísico: _____

Otros: _____

TRATAMIENTO:

Pes: _____ SCTP: _____ Oxitócicos: Inducción: _____ Conducción: _____

EVALUACION DEL RECIEN NACIDO:

APGAR: Al minuto: _____ a los 5 minutos: _____

EVOLUCION:

Transición: _____ UTI: _____ Falleció: _____

