

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN

UNAN-LEÓN

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



Tesis para optar al Título de
Especialista en Ginecología y Obstetricia

**CARACTERÍSTICAS MATERNAS Y RESULTADOS PERINATALES EN PACIENTES
INGRESADAS CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO PROLONGADO EN EL
SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HEODRA- LEÓN EN EL PERÍODO 2014 -
2016.**

AUTOR:

Dr. William Ramón Aguirre Cáceres.
Residente IV de Ginecología y Obstetricia

TUTOR:

Dra. Lidia del Carmen Ortiz Castillo.
Especialista en Ginecología y Obstetricia.
UNAN-LEÓN

León, Febrero de 2017



Agradecimiento

En primer lugar a **Dios**, nuestra fuente de vida ser supremo al que le debemos todo y del que siempre recibimos su misericordia y a su hijo, nuestro señor Jesucristo quien es nuestro mediador y salvador, por ser nuestro refugio, esperanza e inspiración para actuar lo mejor posible y buscar hacer el bien a nuestros semejante.

A mi tutora, maestra y colega **Dra. Lidia del Carmen Ortiz** por su apoyo y dedicación como docente en mi formación, por dirigir mis pasos a lo largo de todos estos cuatro años, fuente de inspiración, perseverancia y de constancia; por ser ese profesor que día con día participó en mi crecimiento como profesional.

¡Muchas gracias por haber decidido ser partícipe de mi enseñanza!

A mi compañera de residencia, amiga, confidente y colega **Sindy Ángeles Aguilar Calderón**, por estar conmigo en este camino de formación académica, por ser “incondicional”, una hermana de corazón la cual todos desean tener, pero que muy pocos tenemos el privilegio de llegar a conocer; gracias por tu apoyo y lealtad todo este tiempo.

Muchas gracias por ser así, ¡nunca cambies clásica!

A mis **maestros**, a esas personas que deciden entregar sus vidas para la formación de otros, que comparten sus conocimientos y experiencias de vida sin esperar nada a cambio, gracias por sus enseñanzas y por proporcionarme las herramientas necesarias para mi desarrollo profesional.

¡Infinitas gracias!



Agradecimiento

Un sincero agradecimiento a **nuestras pacientes**, quienes a diario atendemos y nos permiten desarrollar nuestra profesión y que con su actitud de colaboración, su participación desinteresada permitieron el desarrollo y la conclusión de este trabajo.

A todas las **personas que han formado parte de mi vida profesional** a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.



Dedicatoria

A mis padres **Estela Cáceres y Sergio Aguirre** quienes me brindan su apoyo incondicional en todo momento, por la motivación que me dan para seguir adelante día a día; por sus consejos, sus valores inculcados y por ser unos ejemplos a seguir.

¡Gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto se los debo a ustedes!



LISTA DE ACRÓNIMOS

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

CPN: Control Prenatal

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición.

DCP: Desproporción Céfalo Pélvica

EP: Embarazo Prolongado

FUM: Fecha última regla

HEODRA: Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello

IMC: Índice de masa corporal

ILA: Índice de Líquido amniótico

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

MINSA: Ministerio de Salud

RN: Recién Nacido

RCIU: Restricción del Crecimiento Intra Uterino

SAM: Síndrome de aspiración meconial

SG: Semana de gestación

UNAN: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

USG: Ultrasonido



TEMA

Características maternas y resultados perinatales en pacientes ingresadas con diagnóstico de embarazo prolongado en el servicio de ginecoobstericia del HEODRA- León en el período 2014 - 2016.



Resumen

Aguirre, CWR¹. Ortiz, CLC². Características maternas y resultados perinatales en pacientes ingresadas con diagnóstico de embarazo prolongado en el servicio de ginecoobstericia del HEODRA- León en el período 2014 - 2016.

El embarazo prolongado (EP) se define como todo aquel embarazo que sobrepasa las 41 semanas de gestación, la etiología del embarazo prolongado no ha sido dilucidada, sin embargo, factores hormonales, mecánicos y fetales han sido relacionados con su génesis. La causa más frecuente de diagnóstico de embarazo prolongado es el error en la determinación de la fecha de última regla (FUR) de la gestante.

El **objetivo** del estudio fue determinar las las características maternas y los resultados perinatales en pacientes ingresadas con diagnóstico de embarazo prolongado en el departamento de ginecoobstericia del HEODRA.

Diseño: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal entre abril 2014 a octubre de 2016 en el servicio de ginecoobstericia del HEODRA, se muestreo 318 pacientes que estaban ingresadas entre las 41 y las 41 6/7 semanas de gestación por fecha de última menstruación confiable y/o ultrasonido, la fuente de recolección de los datos fue secundaria y se realizó análisis estadístico en SPSS versión 20.0.

Resultados: la mayoría de las pacientes fueron primigestas en un 53%, tenían escolaridad secundaria, se dedicaban a ser amas de casa y con estado civil unión estable. El oligoamnios severo se encontró en del 33 % de las pacientes. Los resultados perinatales encontrados fueron: macrosómicos el 2% y líquido meconial el 24%; los principales resultados adversos que se presentaron fueron asfixia (5%), hipoglicemia (3%) y policitemia (1%).

Palabras claves: características maternas, resultados perinatales, embarazo prolongado.

1 Residente IV año de Ginecología y Obstetricia. UNAN - León

2 Ginecóloga y Obstetra. Docente del Depto. de Ginecología y Obstetricia – UNAN-León. Nicaragua.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES.....	3
III.	JUSTIFICACIÓN.....	5
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
V.	OBJETIVOS.....	7
	General	7
	Específicos.....	7
VI.	MARCO TEÓRICO	8
VII.	MATERIAL Y MÉTODO.....	18
	VI.I Tipo de estudio:	18
	VI.II Área de estudio	18
	VI.IV Definición de caso	18
	VI.V Población de estudio	18
	VI.VI Criterios de inclusión	18
	VI.VII Criterios de exclusión	18
VIII.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	20
IX.	RESULTADOS	23
X.	DISCUSIÓN.....	32
XI.	CONCLUSIONES	34
XII.	RECOMENDACIONES.....	36
XIII.	BIBLIOGRAFIA.....	37
	ANEXOS.....	42



I. INTRODUCCIÓN

El embarazo es uno de los momentos más importantes de la vida de la mujer, teniendo repercusión en la familia y la sociedad, sin embargo durante su desarrollo se pueden presentar múltiples condiciones que afectan el bienestar materno y fetal destacando dentro de ellas el embarazo prolongado. (1)

La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) define embarazo prolongado (EP) aquel que se extiende más allá de las 42 semanas de amenorrea completa ó 294 días del último periodo menstrual. (2)

Se considera que un embarazo prolongado se asocia a mayor morbimortalidad perinatal, el riesgo de mortalidad fetal aumenta en 2,5 veces en gestaciones de 41 a 42 semanas, así mismo está asociado con distocia del parto y cesárea, se presentan en un promedio del 10% de todos los embarazos con un rango entre el 4 y el 14%, estimándose la presencia de embarazo prolongado con hiper madurez en 1 al 2% de todas las gestaciones, siendo los diagnósticos restantes, casos de falsa prolongación del embarazo. (3)

El mayor problema del embarazo prolongado es el gran riesgo vital para el feto antes del parto, en el período expulsivo, y en los primeros días de vida extrauterina. La causa fundamental de estos riesgos es: la anoxia, que para la mayoría de los autores, está ligada a la senescencia placentaria, proceso fisiológico que se acentúa con el devenir del tiempo, y que una vez presente, requiere cuidados especiales perinatales. (4, 5)

La etiología del embarazo prolongado no ha sido dilucidada. Sin embargo, factores hormonales, mecánicos y fetales han sido relacionados con su génesis. La causa más frecuente de diagnóstico de embarazo prolongado es el error en la determinación de la fecha de última regla (FUR) de la gestante. (6)



El embarazo prolongado (EP) ha sido considerado en diferentes publicaciones como de riesgo perinatal que incluye hipoxia, partos distócicos, macrosomía fetal, ingresos de neonatos en Cuidados Intensivos, etc. Por tal motivo existe una tendencia actual de inducir el parto en la semana 41, debido a que riesgo perinatal y materno se incrementa en esta semana con respecto a la 39 o las 40. Este incremento del riesgo sugiere que la definición de embarazo prolongado debe modificarse. (7)

En los últimos años, numerosos hospitales de todo el mundo están finalizando la gestación durante la semana 41, sin llegar a alcanzar la semana 42. Recientemente la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia ha elaborado un documento de consenso en el que recomienda la finalización de la gestación con inducción sistemática durante la semana 41. (8)

En nuestro país la definición es otra, en donde se considera prolongado al embarazo de 41 semanas a 41 6/7 y pos término a todo aquel embarazo mayor de 42 semanas. (9)



II. ANTECEDENTES

El embarazo postérmino descrito por primera vez por Hipócrates en el año 350 antes de Cristo, y después por el Rey Alfonso en el siglo XIII en nuestra era. Ballantyne en 1902 fue el primero en describir el problema que significaba el embarazo postérmino en la práctica obstétrica moderna y lo definía de la siguiente manera “El infante posmaduro ha permanecido mucho tiempo intra-útero; ha sido tanto, que es difícil su nacimiento con seguridad para él y su madre”, posteriormente Clifford et al observó que los embarazos de 43 semanas se produjeron en un 5%, que representaba el 30% de las muertes perinatales. (10)

Corrales Gutiérrez Alexis en Cuba Hospital Santa Clara, realizó un estudio retrospectivo, llevó la observación hasta las 43,5 semanas de gestación en los años 1996 hasta el 2000 en el que mostró como fundamentales resultados de las 1826 pacientes atendidas que el 76,5% de los nacimientos fue transpelviano, un 98,4% de recién nacidos vigorosos y solo un 0,05% de Apgar con conteo de 0-3 al quinto minuto. Un índice de ingresos en Cuidados Intensivos Neonatales de 0,71% y una Mortalidad Perinatal corregida de 1,09 por mil nacidos vivos. (11)

Peña A. Mercedes y cols. Realizaron un estudio sobre el comportamiento de la inducción del parto por embarazo prolongado, en el Hospital Gineco-Obstétrico "Justo Legón Padilla", en el período enero 2004 hasta diciembre del 2005. El grupo de estudio estaba exclusivamente formado por las gestantes con trabajo de parto inducido (n=104); La edad materna más frecuente fue la del grupo de 20 - 35 años (65,5%); predominaron las nulíparas (40,4%), la vía del parto que predominó fue la vaginal. La causa más frecuente de cesárea fue el sufrimiento fetal agudo (23%); el embarazo prolongado no constituyó una causa importante de Apgar Bajo. (12)

En el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Buenos Aires Argentina 2011. Se realizó una Guía de práctica Clínica en embarazo de 41 semanas .El Objetivo de esta guía es volcar una serie de recomendaciones para un cuidado estandarizado, las cuales representan prácticas basadas en la mejor evidencia disponible. (13)



Robles Torres J, durante el 2012 realizó un estudio observacional, analítico para determinar los factores de riesgo materno y perinatal en gestación mayor a 40 semanas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales Lima Perú. Un total de 464 gestantes. Los factores de riesgo maternos y perinatales en gestación mayor a 40 semanas son: edad > 34 años, nivel socioeconómico bajo, antecedente de parto prolongado, IMC > 35 kg/m² y nuliparidad; asimismo, el embarazo mayor a 40 semanas incrementó considerablemente la probabilidad de tener un RN macrosómico. (14)

En un estudio realizado en nuestro país, en el Hospital Regional Escuela de Juigalpa en el año 2014-2015 se encontraron como principales factores de riesgo asociados al embarazo prolongado la adolescencia y pacientes mayores de 35 años, nulíparas, pacientes con un IMC>25, se evidenció que los principales hallazgos perinatales relacionados fue el aumento de cesáreas, ingresos a neonato, neonatos con SAM, asfixia perinatal y alteración del líquido amniótico en estos recién nacidos. (15)



III.JUSTIFICACIÓN

Se realizó el estudio en pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado con el objetivo de identificar las características clínicas y los resultados perinatales de esta entidad común en nuestro medio reconociendo los riesgos para el binomio materno fetal y establecer una oportuna atención y con ello se busca disminuir las complicaciones que por esta patología se pueden presentar.



IV.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características maternas y los resultados perinatales en hijos de pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado en el departamento de gineco-obstetricia, del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA)?



V.OBJETIVOS

General

1. Determinar las características maternas y los resultados perinatales en pacientes ingresadas en el departamento de gineco-obstetricia con diagnóstico de embarazo prolongado.

Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las pacientes ingresadas.
2. Determinar la presencia de oligoamnios severo en las pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado.
3. Identificar los resultados perinatales en pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado.



VI.MARCO TEÓRICO

EMBARAZO PROLONGADO

A. TERMINOLOGÍA

Existen muchos términos que frecuente mente se utilizan como sinónimos para referirse a embarazos que han extendido el límite superior tal es el caso de pos término, prolongado, posfecha y posmaduro. (1)

Posmaduro debe de utilizarse para referirse al lactante con datos clínicos, pero se considera sinónimo en la literatura universal el referirse embarazo prolongado y postérmino, aunque en Nicaragua estos mismos términos tengan otra connotación a como se especificara más adelante en este capítulo. (2, 9)

B. DEFINICIÓN

Según la FIGO (Federation of Gynecology and Obstetrics), el embarazo prolongado es aquel de 42 semanas o más, es decir 294 días o más a partir del primer día de la última menstruación. (1)

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) en el año 1997, hace una recomendación internacional en cuanto a la definición de esta entidad, considerando embarazo prolongado a todo embarazo mayor de 42 semanas cumplidas es decir 294 días o más a partir desde el primer día del último período menstrual. (3)

A como se podrá notar los dos conceptos anteriores no difieren una de la otra, forman parte de la definición estándar recomendada internacionalmente para embarazo prolongado. (4)

En nuestro país la normativa número 077, protocolo para el abordaje de las patologías más frecuentes de alto riesgo obstétrico, plantea que según CIE-10 (Clasificación



Internacional de Enfermedades en su décima edición), clasificando el embarazo prolongado de la siguiente manera:

Embarazo prolongado: a partir de las 41 semanas hasta 41 6/7 semanas cumplidas. (9)

Embarazo pos término: a partir de las 42 semanas de gestación o más. (9)

C. FACTORES ETIOLÓGICOS Y PREDISPONENTES

La causa más frecuente del embarazo prolongado es un error en la datación de la gestación. Cuando la gestación realmente es prolongada la causa permanece en la mayoría de las ocasiones sin identificar. La causa de EP suele responder a un fallo en el mecanismo de la puesta en marcha del parto, involucrándose factores genéticos y/o hormonales (Tabla 1) (13, 14)

Tabla 1. Factores predisponentes de Embarazo prolongado
<ul style="list-style-type: none">• Déficit de sulfatasa placentaria.• Anencefalia fetal.• Primiparidad.• Gestación previa prolongada.• Predisposición genética.• Feto varón.

D. DIAGNÓSTICO

Para establecer el diagnóstico de gestación prolongada es vital una correcta datación del embarazo (Tabla 2). (11, 13)



La ecografía se considera el “gold-standard” para el diagnóstico preciso de las semanas de gestación, así las cifras de embarazos realmente prolongados suelen disminuir al excluir las gestaciones “seudoprolongadas”. Los márgenes de error con ecografía hasta la semana 20 son de ± 7 días; de la semana 20-30 de ± 14 días y ya sobrepasada la semana 30 puede existir un margen de error de ± 21 días. (13)

Tabla 2. Métodos diagnósticos de Embarazo Prolongado	
Anamnesis	<ul style="list-style-type: none">• Fecha última regla (en mujeres con ciclos regulares).• Relación fecundante (técnicas de reproducción asistida).• Fecha de ovulación.• Reacción inmunológica positiva.• Auscultación de tonos fetales.• Percepción de movimientos fetales.
Exploración Física	<ul style="list-style-type: none">• Altura uterina.• Circunferencia abdominal.
Ecografía	<ul style="list-style-type: none">• Se recomienda en las primeras 12 semanas.



II. CAMBIOS FISIOPATOLÓGICOS EN EL EMBARAZO PROLONGADO

I. Insuficiencia placentaria

La placenta postérmino se caracteriza por tasas más elevadas de infartos, depósitos de fibrina y calcificaciones por disminución de la capilaridad de las vellosidades y del espacio intervilloso. La placenta envejecida puede desencadenar una insuficiencia placentaria produciendo el llamado “síndrome de postmadurez de Clifford”, que determinará un crecimiento fetal retardado asimétrico y tardío con oligoamnios que se asocia frecuentemente con patrones no reactivos o alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal en los test no estresantes. (12, 14)

II. Volumen de líquido amniótico

EL volumen de líquido amniótico alcanza su máximo en la semana 24 de gestación permaneciendo estable hasta la semana 37, a partir de la cual se produce un descenso discreto del mismo. Durante el período postérmino se calcula que hay una disminución del 33% por semana, que parece deberse a una redistribución del flujo fetal hacia los órganos más nobles con reducción del flujo renal. (12, 14,)

III. Estriol

Las cifras de estriol, a semejanza del volumen de líquido amniótico, aumentan conforme avanza la gestación. En el periodo postérmino se ha descrito una disminución progresiva en las cifras de estriol sérico que se relacionan con una mayor probabilidad de obtener una prueba no estresante con patrón no reactivo o con desaceleraciones variables y de la presencia de oligoamnios. (13, 14)



III. COMPLICACIONES PERINATALES

El embarazo prolongado se asocia a múltiples complicaciones perinatales, entre ellas podemos destacar (tabla 31) (13, 16):

Tabla 3. Complicaciones perinatales del Embarazo Prolongado.
<ul style="list-style-type: none">• Macrosomía.• Síndrome de posmadurez.• Oligoamnios.• Síndrome de aspiración meconial y RPBF.• Hipoglucemia y policitemia.• Aumento de morbimortalidad perinatal.• Aumento de morbilidad materna.

A. Macrosomía

El peso promedio de los neonatos postérmino es superior al de aquellos nacidos a término (120-180 gramos más de peso promedio). Además la incidencia de macrosomía (peso superior a los 4.000 gramos) se estima en un 13-20% en los fetos postérmino, lo que representa de 3 a 7 veces más incidencia que en neonatos a término. Las complicaciones más frecuentes son aquellas derivadas de las distocias que se producen (distocia de hombros o desproporción pélvico-cefálica): parálisis del plexo braquial, parálisis del nervio frénico, fracturas de húmero y clavícula, etc. (2, 4, 7)

B. Síndrome de postmadurez

Como consecuencia de la insuficiencia placentaria se dará un crecimiento intrauterino retardado asimétrico tardío acompañado generalmente de un oligoamnios, que puede complicar hasta el 10-20% de los embarazos postérmino. Clínicamente se caracteriza



por retraso del crecimiento, facies con expresión de alerta, deshidratación, piel seca y arrugada, disminución de los depósitos de grasa subcutánea en brazos y genitales externos, tinción amarillenta o verdosa de la piel, cordón umbilical y membranas ovulares. (2, 10)

Clásicamente este síndrome fue clasificado por Clifford en tres estadios según la intensidad progresiva de los signos físicos enunciados. (10)

C. Síndrome de aspiración meconial y pérdida del bienestar fetal

El posible oligoamnios puede producir alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal con expulsión de meconio y riesgo de aspiración. Se ha podido comprobar que la expulsión de meconio es dos veces más frecuente en los fetos postérmino que en los a término. (10, 17)

Existe además una mayor incidencia de $pH < 7,20$ en arteria umbilical en fetos de gestaciones prolongadas, si bien no se ha visto mayor incidencia de acidosis grave ($pH < 7,15$). (18, 19, 20)

Respecto al test de Apgar los fetos postérmino presentan con mayor frecuencia test de Apgar < 7 al minuto y a los cinco minutos. (18, 20, 21)

D. Cambios metabólicos

Los recién nacidos postérmino sobre todo aquellos con síndrome de postmadurez, presentan con mayor frecuencia hipoglucemias dado que sus reservas de glucógeno y grasa subcutánea son menores. A partir de la semana 41 también se detectan niveles elevados de eritropoyetina que desencadenará un policitemia reactiva probablemente secundaria al esfuerzo compensatorio de la hipoxia intraútero en los síndromes de postmadurez. (10, 19, 20)



IV. EVALUACION DE LA MORTALIDAD Y EMBARAZO PROLONGADO

A. Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal (fetos muertos al nacimiento o en muertes neonatales precoces) en gestaciones mayores de 42 semanas es dos veces mayor que en gestaciones a término (4-7 muertes vs. 2-3 muertes por 1000 recién nacidos) y aumenta 6 veces en gestaciones que llegan a la semana 43. Las necropsias de estos fetos presenta hallazgos secundarios a desnutrición: glándulas suprarrenales, hígado, bazo y timo desproporcionadamente pequeños con medidas corporales, cerebro, corazón y riñones similares a los normales para fetos a término. (22, 23)

B. Morbilidad materna

Las complicaciones maternas están asociadas en la mayoría de casos al trauma producido por la macrosomía fetal. Así las distocias se darán en un 9-12% en comparación con el 2-7% de fetos a término y las lesiones perineales serán más frecuentes (3,3% vs. 2,6% en partos a término). Además la tasa de cesárea es dos veces mayor en este tipo de partos, con la morbilidad y mortalidad inherente a esta intervención (endometritis, hemorragias y enfermedad tromboembólica). Tampoco hay que olvidar que la gestación prolongada supone una fuente importante de ansiedad materna. (2, 24, 25)

V. EVALUACIÓN DEL ESTADO FETAL

El objetivo de las pruebas de control prenatal es la detección precoz del inicio de la insuficiencia placentaria y de la hipoxia fetal, intentando identificar los fetos que se beneficiarían de su extracción. Se dispone de multitud de pruebas que pueden aplicarse, no obstante se debe señalar que no existe ninguna prueba inequívoca que permita prevenir con seguridad la pérdida del bienestar fetal. (25)



En la siguiente tabla (Tabla 4) se resumen los medios clínicos y biofísicos disponibles a la hora de predecir la hipoxia intrauterina. (26, 27)

Todos los estudios hasta el momento coinciden en que la mayor utilidad y fiabilidad la presentan la combinación de un registro de monitoreo fetal junto con la cuantificación ecográfica del líquido amniótico. En presencia de patrones anormales en el test no estresante y/o de un oligoamnios será imperativo la finalización de la gestación. Los controles han de estrecharse a partir de la semana 41 de gestación proponiéndose un control 2 veces por semana, con un estudio ecográfico fetal de sus anejos y una prueba capaz de poner de manifiesto la presencia de insuficiencia placentaria. (13, 18, 27, 28)

Clínicos	Recuento materno de movimientos fetales	<ul style="list-style-type: none">• Baja sensibilidad.• Papel orientativo para indicar la práctica de otras pruebas de control más estricto.
	Amnioscopia	<ul style="list-style-type: none">• El 40% se asocia a meconio e hipoxia fetal.• Valor en el contexto del resto de exploraciones obstétricas.
Biofísicos	Monitorización no estresante	<ul style="list-style-type: none">• Sensibilidad 8% y especificidad 90%.• Prueba reproducible, sencilla y barata.
	Prueba de estrés (Prueba de Pose)	<ul style="list-style-type: none">• Mayor sensibilidad que la anterior pero cayendo en desuso por la incorporación de nuevas técnicas



Fluxometría feto-placentaria	<ul style="list-style-type: none">• Sensibilidad 37% y especificidad 75%.• Doppler en a. umbilical parece beneficiar a las gestaciones con fetos con RCIU y no parece tener ningún beneficio en la vigilancia del EP por lo que no se recomienda su uso rutinario en éste.• Doppler en a. cerebral media: aún en investigación su papel en la vigilancia del bienestar fetal.
Ecografía-Volumen de líquido amniótico	<ul style="list-style-type: none">• Sensibilidad 50% y especificidad 85% con ILA.• ILA < 5: finalizar gestación.
Perfil biofísico	<ul style="list-style-type: none">• Buena capacidad predictiva de la hipoxia fetal.• Muy extendido en EE.UU.• Obliga a una exploración ecográfica de duración promedio 30 minutos.

VI. CONDUCTA OBSTÉTRICA

La conducta obstétrica en la gestación prolongada ha sido analizada en múltiples estudios a lo largo de los últimos años, no obstante continúa siendo controvertida. La tasa de cesáreas en los embarazos postérmino es significativamente mayor (RR = 1,9; IC = 95%) que en las gestaciones a término, por lo que un adecuado proceder podría disminuir significativamente este porcentaje. (29, 30, 31)

Fundamentalmente se puede resumir la actitud obstétrica en dos tendencias: actitud expectante y una actitud activa.



1. Actitud expectante

Se realizan los controles descritos de bienestar fetal hasta el comienzo espontáneo del parto. Se ha podido comprobar que, si bien esta actitud disminuye el número de inducciones, no afecta significativamente la tasa final de partos instrumentales o cesárea. (32,33)

2. Actitud activa

A partir de la semana 41 se realizaría evaluación del estado fetal cada 3-4 días hasta la semana 42, y se programaría la finalización de la gestación bien a la semana 42 o antes, dependiendo del protocolo de cada centro. Así parece establecido que según las condiciones cervicales optaremos por finalizar la gestación de la siguiente manera:

- Cérvix favorable: inducción sistemática con amniorrexis artificial e infusión oxitócica.
- Cérvix desfavorable: maduración cervical previa con prostaglandinas. (35,36)

Cualquier contraindicación para el parto vaginal como la macrosomía, obligará a la realización de una cesárea. La inducción sistemática de los embarazos prolongados parece no afectar a la tasa de cesáreas y partos instrumentales y parece disminuir la mortalidad perinatal según los últimos estudios. Durante todo el proceso del parto deberán tenerse en cuenta las complicaciones propias de la gestación prolongada (presencia de meconio, alteraciones en el trazado de monitor, macrosomía) estableciendo un monitoreo fetal y una vigilancia adecuada con monitorización fetal continua y evaluación rigurosa de la progresión del parto. (37, 38)



VII.MATERIAL Y MÉTODO

VI.I Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal.

VI.II Área de estudio: El estudio se llevó a cabo en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, de la ciudad de León.

VI.III Universo: todas las embarazadas que ingresaron al departamento de gineco-obstetricia del HEODRA, León.

VI.IV Definición de caso: pacientes ingresadas en el departamento de ginecología y obstetricia con diagnóstico de embarazo prolongado.

VI.V Población de estudio: Todas las pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado.

VI.VI Criterios de inclusión:

- a) pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado.
- b) expedientes con datos completos.

VI.VII Criterios de exclusión:

- a) pacientes con embarazos de pretérmino, de término y postérmino.
 - b) pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado con expedientes con datos incompletos.
-
- Para la identificación de los casos se utilizó una fuente secundaria, a través del libro de Registros de pacientes ingresadas al departamento de gineco-obstetricia con el diagnóstico de embarazo prolongado.



- Procedimiento de recolección de la información: Para la recolección de la información se utilizó una ficha epidemiológica. La información se obtuvo de fuente secundaria a través de la revisión de los expedientes clínicos de las pacientes que egresaron del departamento de gineco-obstetricia con el diagnóstico previo de embarazo prolongado.

El llenado de la ficha se realizó por el autor de forma diaria o semanal en dependencia de los ingresos realizados a la sala.

- Plan de análisis: Los datos obtenidos fueron presentados en valores absolutos, porcentajes y promedios.

La información se introdujo en una base de datos en el programa SPSS versión 20.0, el mismo se utilizó para su análisis y los resultados fueron presentados en cuadros y gráficos.

- Aspectos Éticos: Se solicitó autorización al director del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello y al responsable del área de estadística, para la obtención de la información a través de la revisión de los expedientes clínicos, la información obtenida en el estudio es completamente confidencial, solamente los miembros del equipo de trabajo conocerán los resultados y la información. Se le asignará un número (código) a cada una de las participantes, y este número se usará para el análisis, presentación de resultados, publicaciones etc.; de manera que el nombre de la paciente permanecerá en total confidencialidad. Los resultados retroalimentarán al departamento de Gineco-obstetricia del HEODRA para la evaluación y adaptación de las normas del MINSA en nuestro servicio



VIII. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Categoría	Valor
Características sociodemográficas			
Edad	Años cumplidos de la paciente desde su nacimiento hasta el momento de la consulta	a) Menor de 20 años b) 20-34 años c) >35	a) 1 b) 2 c) 3
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja	a) Soltera b) Unión Libre c) Casada	a) 1 b) 2 c) 3 d) 4
Procedencia	Lugar de residencia	a) Rural b) Urbano	a) 1 b) 2
Escolaridad	Nivel académico alcanzado hasta el momento del estudio.	a) Primaria b) Secundaria c) Universitaria d) Ninguna	a) 1 b) 2 c) 3 d) 4
Ocupación	Actividad que realiza diariamente	a) Ama de casa b) Estudiante c) Obrera	a) 1 b) 2 c) 3 d) 4
Características ginecoobstétricas			
Antecedentes obstétricos	Gestas: Número de embarazos previos. Partos: Expulsión del feto vía vaginal Cesáreas: Extracción fetal vía abdominal. Aborto: Interrupción de la gestación antes de las	a) Primigesta b) Bigesta-Trigesta d) Multigesta	a) 1 b) 2 c) 3



	22 SG o peso fetal menor de 500 gr.		
Semanas de gestación	Número de semanas calculadas a partir de la fecha de última menstruación	S/G _____ tiempo en semanas	41 SG a 41 6/7 SG
Semanas de gestación por USG	Número de semanas calculadas fotometría	S/G _____ tiempo en semanas	a) 1 b) 2
USG precoz	Rastreo ultrasonográfico realizado antes de las 12 semanas	a) Si b) No	a) 1 b) 2
Ciclo menstrual	Es el proceso mediante el cual se desarrollan los gametos femeninos y que puede tener una duración media de 28 días.	a) Regular b) irregular	a) 1 b) 2
Anticonceptivos	Uso de algún método de planificación familiar en los tres meses previos al embarazo.	a) Si b) No	a)1 b)2
Iniciación del parto	Vía por la cual se da la iniciación del parto	a) Inducción b)Espontáneo	a) 1 b) 2
Tipo de nacimiento	Determinación de la vía del parto	a)Parto b)cesárea	a) 1 b) 2
Realización de monitoreo fetal	Impresión de trazo de monitoreo fetal	a) Si b) No	a)1 b)2
Peso del bebé	Determinación en gramos del peso del bebé al nacer	a) Menos de 2500 b) 2500-3999 c) ≥4000	a)1 b)2 c)3



Sexo del bebé	Característica fenotípica del bebe que determina el sexo	a) Masculino b) femenino	a)1 b)2
Apgar al minuto y al quinto minuto de vida	Puntuación dada por personal de pediatría en base a parámetros establecidos al momento del nacimiento del bebé.	a) 7-10 b) Menor de 7	a)1 b)2
Líquido amniótico	Características del líquido amniótico determinadas al momento de roturas de membranas	a) Claro b) Meconial	a)1 b) 2
Oligoamnios Severo	Cantidad de líquido amniótico, calculada por Índice de Phellam menor de 3 cm cúbicos.	a) Si b) No	a) Si b) No



IX.RESULTADOS

En el estudio se muestreó un total de 318 pacientes con el diagnóstico de embarazo prolongado, con una frecuencia del 2%, donde la edad predominante fue menores de 20 años (45%), procedían del área urbana en un 58 %. El 38 % de las pacientes habían alcanzado nivel de escolaridad secundaria y el 49% tenían como estado civil unión libre, dedicándose en el 81% a ser amas de casa y perteneciendo en su mayoría a la religión católica. (Ver tabla 1).

Al analizar las características ginecoobstétricas el 53% (168) de las pacientes eran primigestas, habían presentado su menarca antes de los 15 años el 81 % e iniciado la vida sexual activa entre los 15 y 18 años 189 de las estudiadas (59%), al igual que esta misma cantidad de pacientes expresaron tener ciclos menstruales regulares. Un 69 % del total de pacientes refirió estar planificando antes de embarazarse. (Ver tabla 2).

Todas las pacientes cumplieron con el criterio de inclusión de presentar 41 SG calculadas por FUR y USG, encontrándose en solo el 20 % de la población Ultrasonido precoz. (Ver tabla 3).

Al 47% de las pacientes estudiadas se les realizó trazo de monitoreo fetal, y perfil biofísico solo al 7% (22 pacientes). (Ver tabla 4).

De las 318 pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado se indujo el parto a 152 (48%), de estas 94(62%) terminaron por vía cesárea; se les indicó cesárea en la primera evaluación a 32% (102) y desencadenaron trabajo de parto espontáneo solo el 20% (64 pacientes) y de estas terminaron en parto vaginal el 66%(64). La finalización del embarazo fue en el 57%, por cesárea. (Ver gráfico 1).

Se encontró en este estudio que la indicación de cesárea que predominó fue por oligoamnios severo con 49% (89 pacientes). (Ver tabla 5).



Del total de pacientes ingresadas con embarazo prolongado se le realizó ultrasonido al momento del ingreso o hasta antes del parto al 67%(214). (Ver gráfico 2).

Al momento de realizar ultrasonido y calcular el índice de líquido amniótico (índice de Phellam) a todas las pacientes ingresadas con el diagnóstico de embarazo prolongado, el 28 % (89) presentó oligoamnios severo, el 16%(51) no tenía ninguna alteración en la cuantificación del mismo. (Ver gráfico 2)

La edad tras la evaluación de pediatría mediante Capurro B correspondió al 93% de los recién nacidos edades gestacionales inferiores a las 41 SG, el peso promedio entre 2500 a 3999 gramos con 97% y el sexo que prevaleció fue el masculino en un 57%.(Ver tabla 6)

El 29 % de la población presentó un riesgo de pérdida del bienestar fetal, y al evaluar APGAR al minuto, 5% de los nacidos tuvo una puntuación menor de 7. A los 5 minutos el 3% de los recién nacido aún tenían Apgar inferior a los 7 puntos. (Ver tabla 7)

Al 24%(76) de los recién nacidos se les encontró líquido meconial y sólo al 16%(52) se le realizó lavado gástrico. Hubo un 4 % que no se determinó las características del líquido amniótico. (Ver tabla 8)

De los resultados perinatales adversos se pueden citar la policitemia (1%), hipoglicemia (3%) y la asfixia neonatal (5%), un 14% de los nacidos requirió ingreso por cualesquier otra causa y El 77% de los nacidos no presentó ninguna complicación.



Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes con embarazo prolongado / HEODRA, 2014-2016

		N	%
Edad	<20	145	45
	20-34	98	31
	≥ 35	75	24
Procedencia			
Procedencia	Urbana	183	58
	Rural	135	42
Escolaridad			
Escolaridad	Analfabeta	66	21
	Primaria	87	27
	Secundaria	120	38
	Universitaria	45	14
Estado civil			
Estado civil	Acompañada	155	49
	Casada	87	27
	Soltera	76	24
Ocupación			
Ocupación	Ama de casa	258	81
	Estudiante	41	13
	Obrera	19	06
Religión			
Religión	Católica	193	61
	Evangélica- protestante	71	22
	Ninguna	54	17

Fuente: expedientes clínicos

n:318



Tabla 2. Características ginecoobstétricas de pacientes con embarazo prolongado HEODRA, 2014-2016

		N	%
Gestas	Primigesta	168	53
	2-3 gestas previas	94	29
	Más de tres gestas previas	56	18
Menarca			
	< 15 años	210	81
	≥ 15 años	108	19
Inicio de la vida sexual activa			
	< 15	46	15
	15- 19	189	59
	≥ 20	83	26
Ciclo menstrual			
	Regular	189	59
	Irregular	129	41
Anticoncepción previa al embarazo			
	Si	220	69
	No	98	31

Fuente: expedientes clínicos

n:318



Tabla 3: Realización de ultrasonido precoz, en pacientes ingresadas con diagnóstico de embarazo prolongado HEODRA, 2014-2016

	USG precoz	
	n	%
SI	65	20
NO	253	80

Fuente: expedientes clínicos

n:318

Tabla 4: Realización de trazos de monitoreo fetal y perfil biofísico en pacientes ingresadas con embarazo prolongado/ HEODRA, Abril de2014- octubre de 2016

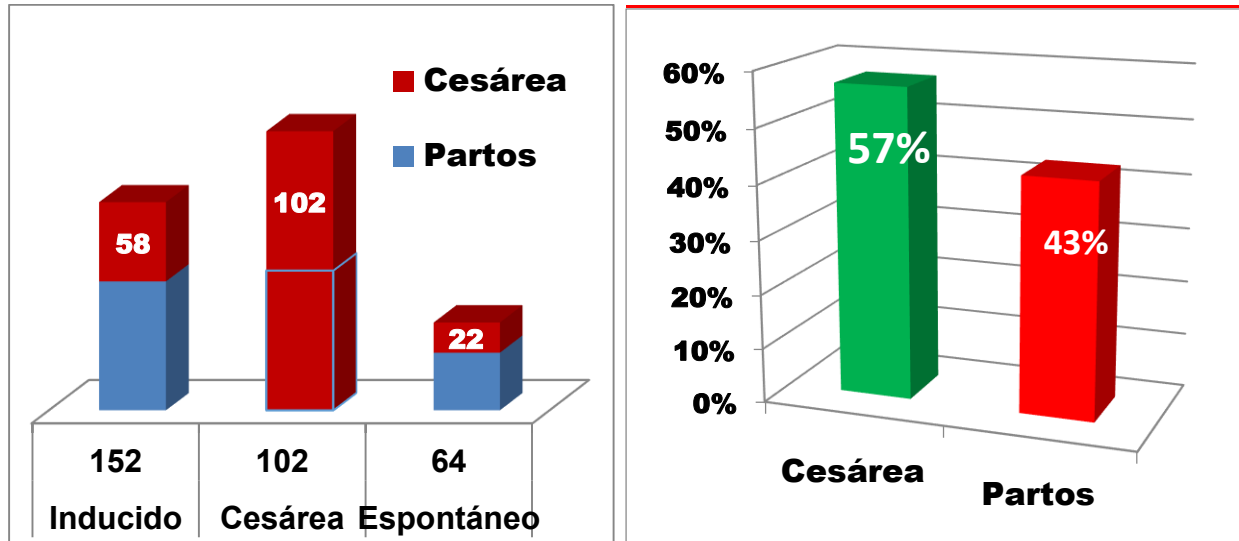
	Si		No	
	n	%	n	%
Realización de trazo de monitoreo fetal	180	57	138	43
Realización de trazo de perfil biofísico	22	7	296	93

Fuente: expedientes clínicos

n:318



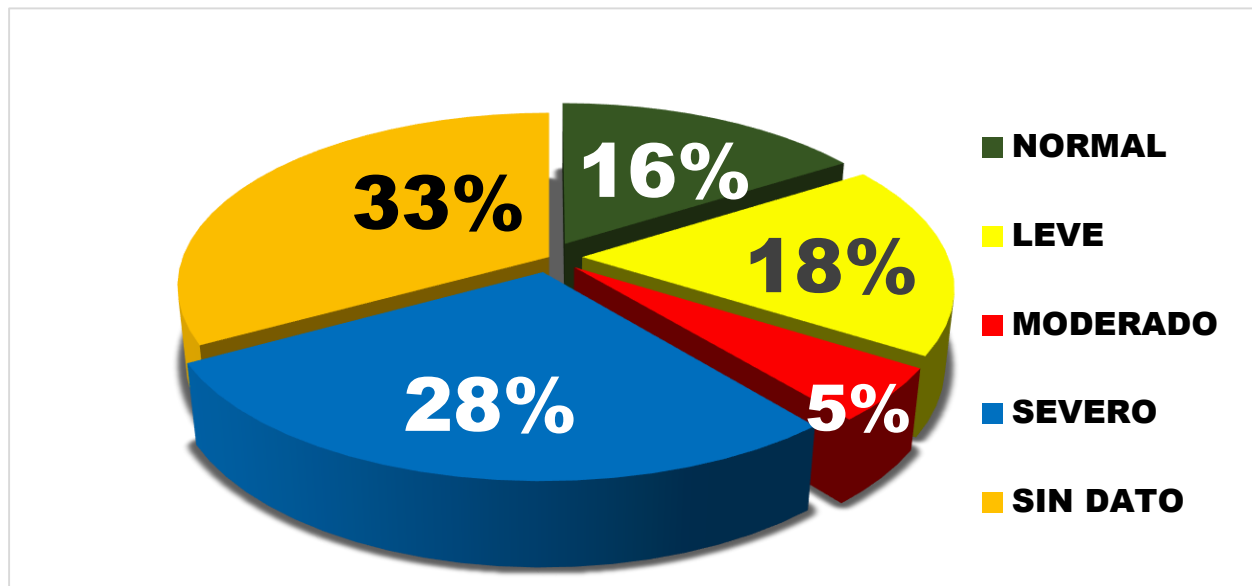
Grafico 1. Características del parto de las pacientes con embarazo prolongado HEODRA, 2014-2016.



Fuente: expedientes clínico.

n : 318

Fig.2: Cantidad de líquido amniótico en pacientes con embarazo prolongado / HEODRA, 2014-2016.



Fuente: expedientes clínicos

n:318



Tabla 5. Indicación de cesárea en pacientes con embarazo prolongado HEODRA, 2014-2016

Indicación de cesárea		n	%	Subtotal	Total
Directa	Cesárea anterior(CA)	5	38	102(56)	182
	CA con EFI	8	62		
	Oligoamnios severo	85	95		
	Oligoamnios severo y EFI	4	5		
Inicio e inducción del trabajo de parto	Estado fetal inseguro (EFI)	80	44	80(44)	

Fuente: expedientes clínicos

n:182

Tabla 6. Características de los recién nacidos, hijos de madres con embarazo prolongado HEODRA, 2014-2016.

		N	%
Edad gestacional por CAPURRO	Menor de 41	293	93
	Mayor a 41	25	7
Peso al nacer en gramos	Menos de 2500	2	1
	2500-3999	309	97
	Mayor de 4000	7	2
Sexo	Masculino	180	57
	Femenino	138	43

Fuente: expedientes clínicos

n:318



Tabla 7. Puntaje de Apgar en las pacientes con embarazo prolongado que se les realizo cesárea por estado fetal inseguro, HEODRA, 2014-2016.

		N	%
Estado fetal inseguro	No	226	71
	Si	92	29
Apgar al 1 minuto	7	15	5
	7-9	303	95
Apgar al 5 minuto	7	09	3
	7-9	305	97

Fuente: expedientes clínicos.

n:318

Tabla 8: Características del líquido amniótico en las pacientes con embarazo prolongado y realización de lavado gástrico a recién nacidos. HEODRA – León 2014 – 2016

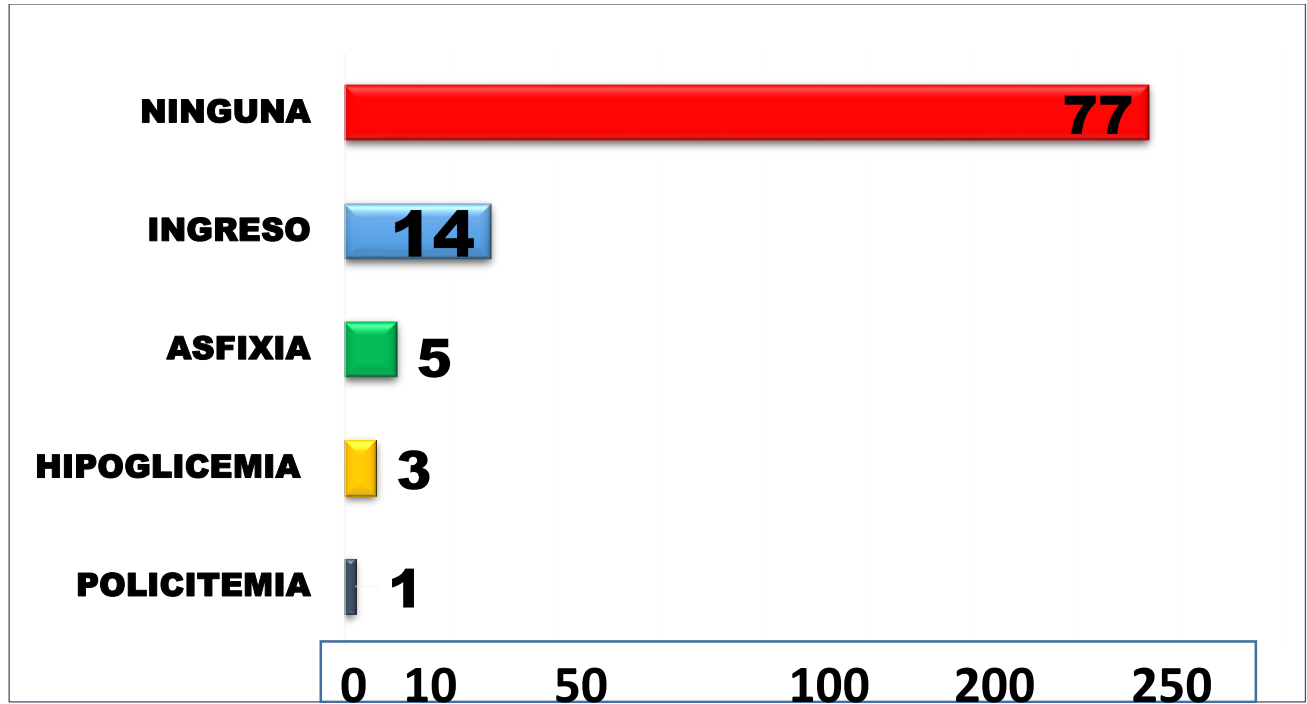
		N	%
Líquido amniótico	Claro	227	71
	Meconial	76	24
	Sin dato	15	4
Lavado gástrico	No	266	84
	Si	52	16

Fuente: expedientes clínicos

n:318



Fig. 3: Resultados perinatales adversos en pacientes con embarazo prolongado HEODRA, 2014-2016.



Fuente: expedientes clínicos.

n:318



X.DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó en el departamento de ginecología y obstetricia del HEODRA en un período de 2 años y medio (de abril de 2014 a octubre de 2016), se encontró un total de 318 pacientes con el diagnóstico de embarazo prolongado, determinándose una frecuencia de embarazo prologado de 2 %, dicha frecuencia es similar a la reportada en la Guía de práctica clínica: Embarazo de 41 semanas 2011, de Buenos Aires, Argentina, y a la descrita por Corrales, Alexis en La Habana donde reportan 1-2% y 1.03 respectivamente.(11, 13)

Frecuentemente el diagnóstico de EP se base erróneamente en una edad gestacional calculada desde la fecha de la última regla y el método propuesto para disminuir el diagnóstico erróneo de embarazo prolongado incluye la determinación de la edad gestacional por ultrasonido en el primer trimestre en pacientes con FUR no confiable. En nuestro estudio se observó que de las 318 pacientes con diagnóstico de EP, el 80% (253) no contaban con una con ecografía del primer trimestre para tener un cálculo de semanas de gestación y una fecha probable de parto confiable.

En nuestro estudio la mayoría de las pacientes se encuentra en el grupo etáreo menores de 20 años lo cual se asemeja con otro estudio realizado en nuestro país en el Hospital Regional Escuela Asunción de Juigalpa en año 2015 en donde predominaron las mujeres menores de 19 años en un 48.39% (15), ambos estudios difieren de uno realizado en el Hospital Justo Legón Padilla, de Cuba por Peña Abrahan, Mercedes et al en donde concluyeron que la edad materna más frecuente fue la del grupo de 20 - 35 años (65,5%).(12)

En cuanto a la escolaridad de la población estudiada fue la secundaria con el 38% seguido de la educación primaria con el 27 %, esto difiere con el estudio realizado en Chontales, por Acevedo Hurtado, Leda (et al) donde predomina el analfabetismo, quizás esto se deba a que Juigalpa podría tener un índice de analfabetismo mayor que el de León. (15).



Otros datos sociodemográficos estudiados que predominaron son mujeres acompañadas (49%), amas de casa (81%) y católicas (61%); esto es similar a lo encontrado en un estudio realizado en Lima, Perú, por Robles donde predominaron las pacientes con estado civil, unión libre con 86.% y amas de casa en el 44.8%. (14)

Las pacientes con embarazo prolongado fueron principalmente primigestas en un 53%, similar al estudio realizado en el Hospital Gineco-Obstétrico "Justo Legón Padilla donde predominaron las nulíparas (40,4 %). (12)

Se considera ultrasonido precoz todo aquel que se realiza antes de las 14 semanas; en la población estudiada sólo se le realizó dicho ultrasonido al 20% de las pacientes.(13)

El inicio del parto fue inducido en el 48%, cesárea en 32% y espontáneo 20%, del total 318 pacientes estudiadas , esto difiere con el estudio donde se evaluó el manejo expectante del embarazo prolongado en Santa Clara la Habana en donde el parto inducido represento el 25,5% y el 74.5% inició el trabajo de parto espontáneamente.(11)

La vía de finalización del parto fue la cesárea en el 57% de la población estudiada, esto difiere del estudio realizado por Acevedo colaboradores en Juigalpa, Nicaragua en el 2015 y por el estudio realizado en Hospital Universitario "Mariana Grajales" en la Habana, Cuba en donde la vía del parto que predominó fue la vaginal con el 56.45% y 76.5% respectivamente. (15)(11).

La principal indicación de cesárea encontrada en nuestro estudio fue el estado fetal inseguro con 51% lo que se asemeja con lo reportado por Peña y colaboradores en el 2006 donde observaron que el 23 % de las cesáreas fueron por sufrimiento fetal agudo. En el estudio realizado por Alexis Corrales Gutiérrez en el 2008 también se describe a el estado fetal inseguro con el 30.4% como la principal indicación de cesárea. (12,11)

En nuestro estudio solo en el 2% de los recién nacidos presentaron un peso mayor a 4,000 gramos, similar a un estudio realizado en el 2008 por Corrales Gutiérrez, en donde la incidencia de fetos macrosómicos fue de un 2,4%, lo cual difiere de lo reportado por



Robles Tórrez donde concluyó que el hecho de presentar una gestación mayor a 40 semanas incrementó considerablemente la probabilidad de tener un recién nacido macrosómico representado por el 17,7%. (11) (14)

Se identificó la presencia de oligoamnios severo en un 28 % (89) tras la realización de ultrasonido al momento del ingreso en las pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado, lo cual provocó la indicación de cesárea por esta causa en 49 %, esto es cinco veces más de lo reportado por Corrales Gutiérrez que concluyeron que el oligoamnios en el 10.3% fue la principal indicación para inducir el parto. (11).

En relación a las características del líquido amniótico, el 71% presentó líquido amniótico claro (227), líquido amniótico meconial en menor proporción y el resto no se reportó registro en los expedientes el 4% (15), esto se asemeja con un estudio realizado para el 2009, en Perú donde también se evidencia el predominio del líquido claro de 51,3%, el 25,2% líquido meconial y 23,5% no tuvieron registro de datos. (14)

En nuestro estudio se encontraron resultados perinatales adversos como: policitemia (1%), hipoglicemia (3%) y la asfixia neonatal (5%), un 14% de los nacidos requirió ingreso por cualesquier otra causa, el 77% de los nacidos no presentó ninguna complicación; esto difiere del estudio realizado en nuestro país en el año 2015 en Juigalpa Chontales, donde reportaron que el 45.16% de los neonatos hijos de madres con embarazos prolongados fueron ingresados y que de estos pacientes ingresados se encontró que el 71.43% tuvieron asfixia. (15).



XI.CONCLUSIONES

Durante este estudio se revisaron 318 expedientes de pacientes que ingresaron con el diagnóstico de embarazo prolongado en el periodo de abril del 2014 a octubre de 2016, en donde se logró identificar las características maternas y los resultados perinatales de dicha población en estudio.

Las principales conclusiones fueron:

- Se presentó embarazo prolongado en pacientes primigestas adolescentes, con escolaridad secundaria, proveniente en su mayoría del área rural teniendo como estado civil unión en hecho.
- Se encontró oligoamnios en el 51% de la población y fue el oligoamnios severo (49%) una de las principales indicaciones de cesárea.
- La edad gestacional determinada por el pediatra mediante Capurro B, solo el 7% correspondió a mayores de 41 semanas; los resultados perinatales encontrados: macrosómicos el 2%, liquido meconial el 24% y los principales resultados adversos que se presentaron fueron ingreso neonatal, asfixia (5%), hipoglicemia (3%) y policitemia (1%).



XII.RECOMENDACIONES

1. Fomentar la captación precoz de la mujer embarazada para el control prenatal en las unidades de salud y contribuir a la realización de ultrasonidos antes de las 12 semanas de gestación o cercanas a este período.
2. La realización de USG a todos los ingresos con diagnóstico de embarazo prolongado, a fin de estimar la edad gestacional, el peso fetal y el índice líquido amniótico; así como también realizar monitoreo fetal electrónico.
3. El llenado adecuado del expediente clínico lo que facilitara la recolección de datos para estudios próximos.
4. Realizar un estudio de casos y controles en donde se pueda establecer la predisposición que tiene el embarazo prolongado de resultados perinatales adversos



XIII.BIBLIOGRAFIA

1. F.Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno et al /Obstetricia de Williams 22^a. Edición McGraw-Hill Interamericana, México, 2006.
2. Abdul-Karim RW, Beydoun SN. Embarazo prolongado y postmadurez. En: Iffy L, Kaminetzky HA. Obstetricia y Perinatología. Principios y práctica. t2. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana;1986.p.1484-9.
3. American College of Obstetricians and Gynecologist. Clinical management guidelines for obstetriciangynecologists. Management of Post-term Pregnancy. ACOG Practice Bulletin 2004; 55(104): 639-646.
4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [sede Web].Protocolos asistenciales. Obstetricia. Embarazo cronológicamente prolongado. 2004 [citado de 28 de abril del 2009].Disponible en URL: <http://www.sego.es>.
5. Embarazo cronológicamente prolongado. En: Documentos de consenso S.E.G.O 2006. Madrid: Ed. Meditex; 2007. p.179—207.
6. Crisostomo SP. Pregnancy prolonged. Current Obstetrics y Gynecology 2005; 15: 73-79.
7. Gelisen O, Caliskan E, Dilbaz S, et al. Induction of labor with different techniques at 41 weeks of gestation or spontaneous follow up until 42 weeks in women with definitely unfavorable cervical scores. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005; 120(2):164-169.
8. Corrales A, Carrillo T. Problemática actual del embarazo prolongado: Esperar o inducir. Revista Cubana de Obstet y Ginecol 2002; 28: 3.



9. Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Protocolo para el abordaje de las patologías más frecuentes del Alto Riesgo Obstétrico, Normativa - 077 MINISTERIO DE SALUD / UNICEF, Managua, Septiembre – 2011.
10. Clifford SH. Postmaturity, with placental dysfunction; clinical syndrome and findings. J Pediatr 1954; 44: 1-13
11. Corrales Gutiérrez Alexis, Manejo del embarazo prolongado con conducta expectante. Ciudad de La Habana: Editorial Universitaria, 2008. ISBN 978-959-16-0833-8. -- 77 pág.
12. Peña Abraham Mercedes. Rev. Ciencias Médicas. sept-dic. 2006; 10(3):11-20 Parto inducido por embarazo prolongado. Cuba, 2006.
13. Frailuna María Alejandra y cols. Guía de practica Clínica: Embarazo de 41 semanas 2011. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol.31, num.2 Buenos Aires Argentina 2012.
14. Robles Torres J. Factores de riesgo relacionados a gestación mayor a 40 semanas. Hospital Nacional Sergio E. Bernales Lima, Perú 2014.
15. Acevedo Hurtado, Leda (et al) Factores de riesgo asociados a embarazo prolongado y su relación con la morbimortalidad perinatal en el Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa en el periodo de Enero 2014 a Enero 2015, UNAN , 2015.
16. Alvarez V, Lugo A, Alvarez A, Muñiz M. Comportamiento del embarazo prolongado en el servicio de cuidados perinatales. Rev. Cubana Obstet y Ginecol 2004 ; 30(2): 1- 4.
17. Alexander JM, McIntire DD, Leveno KJ. Prolonged pregnancy: induction of labour and caesarean births. Obstet Gynecol 2000; 97:911-915



18. Díaz Martín, Juana Vilma et al. Embarazo postérmino: seguimiento paraclínico, correlación de variables. Rev Cubana Obstet Ginecol, Jun 1997, vol.23, no.1, p.37-42. ISSN 0138-600X
19. Gamboa Arenas,Jaime et al Obstetricia integral siglo XXI Embarazo prolongado, capítulo 12, tomo II pág. 234-240
20. Chavarry Valencia Flor de Maria (et al), Prolonged pregnancy profile at general hospital. Rev Med Hered 20 (4), 2009
21. Rivero M. Guiusti SA. Embarazo Prolongado: resultados perinatales. Revista Médica del Nordeste Argentina 2004; 6: 11-13
22. Yaranga Abregú, Juan de Dios/ Resultados perinatales en embarazo prolongado con evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y oligohidramnios. Instituto Nacional Materno Perinatal, año 2006, Universidad Nacional Mayor De San Marcos Lima Perú, 2007.
23. Cifuentes R. Embarazo Prolongado. En: Pacheco J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción. Segunda Edición. Lima, Perú: REP SAC 2007: 1268-1270
24. Morejon TE, Piloto MM, Pino ME, Breijo H. Embarazo prolongado. Rev Cubana de Obstet y Ginecol 2002; 26: 48-53
25. Amador de Varona, Caridad Irene et al. Comportamiento del embarazo postérmino en nuestro medio. AMC, Abr 2009, vol.13, no.2, p.0-0. ISSN 1025-0255
26. Balestena Sánchez, Jorge M et al. Características maternas y resultados perinatales en el embarazo prolongado.Rev Cubana Obstet Ginecol, Abr 2002, vol.28, no.1, p.11-17. ISSN 0138-600X
27. Usandizaga JA, de la Fuente P. Tratado de Obstetricia y Ginecología.2 Ed. Madrid MC GRAW-HILL-Interamericana; 2004. 640-641.



28. Bajo Arenas, JM [et al] Fundamentos de obstetricia (SEGO) Embarazo prolongado y postmadurez. Control y tratamiento Grupo ENE Publicidad, S.A. Madrid, 2007 pág 437-443
29. Guías clínicas para el manejo de embarazo en vías de prolongación para prevenir complicaciones feales y maternas, CLAP, Hospital de clínicas , Montevideo Uruguay, 2005.
30. Guía de practicas clínicas y procedimientos en obstetricia y perinatología/ Instituto nacional materno perinatal, Ministerio de salud, Perú Lima, 2010.
31. Guías clínicas de ginecología y obstetricia. Vice ministerio de políticas de salud, Ministerio de salud de El Salvador, San Salvador febrero, 2012.
32. Hernández-Parra TG, Nachón-García MG. Conceptos básicos del embarazo prolongado: una revisión. Rev Med Universidad Veracruzana 2005; 5(2):21-27
33. Espinoza R. Embarazo prolongado. En Oyarzún E. Alto riesgo obstétrico. Departamento de Ginecología. Pontificia Universidad Católica de Chile. Aviable:<http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricis/altoriesgo/embarazo.prolongado.html>
34. Álvarez Ponce, Vivian Asunción et al. Comportamiento del embarazo prolongado en el servicio de cuidados perinatales. Rev Cubana Obstet Ginecol, Ago 2004, vol.30, no.2, p.0-0. ISSN 0138-600X
35. Piloto Morejón, Manuel et al. Embarazo prolongado. Rev Cubana Obstet Ginecol, Abr 2000, vol.26, no.1, p.48-53. ISSN 0138-600X
36. Corrales Gutiérrez, Alexis et al. Resultados de la atención al embarazo de más de 43 semanas. Rev Cubana Obstet Ginecol, Dic 2002, vol.28, no.3, p.0-0. ISSN 0138-600X



37. Corrales Gutiérrez, Alexis and Carrillo González, Tania Problemática actual del embarazo prolongado: esperar o inducir. Rev Cubana Obstet Ginecol, Dic 2002, vol.28, no.3, p.0-0. ISSN 0138-600

38. Cuervo LG. Inducción del trabajo de parto para mejorar los resultados de nacimiento en mujeres a término o después del término Comentario de la BSR (última revisión: 28 de diciembre de 2006). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.



ANEXOS



Anexo 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CARACTERISTICAS MATERNAS Y RESULTADOS PERINATALES EN PACIENTES INGRESAS CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO PROLONGADO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HEODRA- LEÓN EN EL PERÍODO COMPRENDIDO DE 1º DE ABRIL DE 2014 A 31 DE OCTUBRE 2016.

I. Perfil de la paciente:

Ficha N° _____ Expediente _____

Iniciales del Paciente _____ mes de ingreso: _____

Edad _____ Ocupación _____

Estado civil _____ Religión _____

Procedencia _____ Escolaridad _____

II. Datos gineco-obstétricos

Gestas previas: _____ partos _____ abortos _____ cesarea _____

Menarca _____ IVSA _____ Ciclo menstrual _____ concepción previa _____

Edad gestacional por FUR _____ Edad gestacional por USG _____ ()

USG precoz _____

III. Aspectos diagnósticos

Realización de trazo de monitoreo fetal _____ resultado _____

Realización de USG _____ ILA _____ leve _____ moderado _____



Severo_____

Placenta_____

Realización de perfil biofísico fetal:_____ resultado_____

IV. Datos del parto

Iniciación del parto: inducción_____ espontáneo_____

Vía del nacimiento: parto_____ cesárea_____

Peso: _____ Sexo:_____

ESTADO FETAL INSEGURO: _____

APGAR al minuto: _____

APGAR al 5 minuto:_____

Líquido amniótico: claro:_____ meconial:_____ lavado
gástrico:_____

V. Datos del bebé

Anomalías congénitas mayores_____ capurro B: _____ SG

Ingreso del bebé_____ Hipoglicemia:_____ Policitemia:_____

FUENTE: Secundaria: Expediente Clínico