



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES EN
EMBARAZOS EN VÍA DE PROLONGACIÓN Y PROLONGADOS
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REZOLA - CAÑETE EN EL 2014.**

PRESENTADA POR

ASTRIN YENNIFER CURAY RUIZ

TESIS

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

LIMA – PERÚ

2015



Reconocimiento - No comercial

CC BY-NC

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTIN DE PORRES

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

Escuela Profesional de Obstetricia

**RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES EN
EMBARAZOS EN VÍA DE PROLONGACIÓN Y PROLONGADOS
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REZOLA - CAÑETE EN EL 2014.**

TESIS

Para obtener el título de Licenciada en Obstetricia

Presentado por:

BACHILLER: CURAY RUIZ, ASTRIN YENNIFER

LIMA-PERÚ

2015

ASESORA:

DRA. MIRTHA E. MUÑOZ HIDROGO

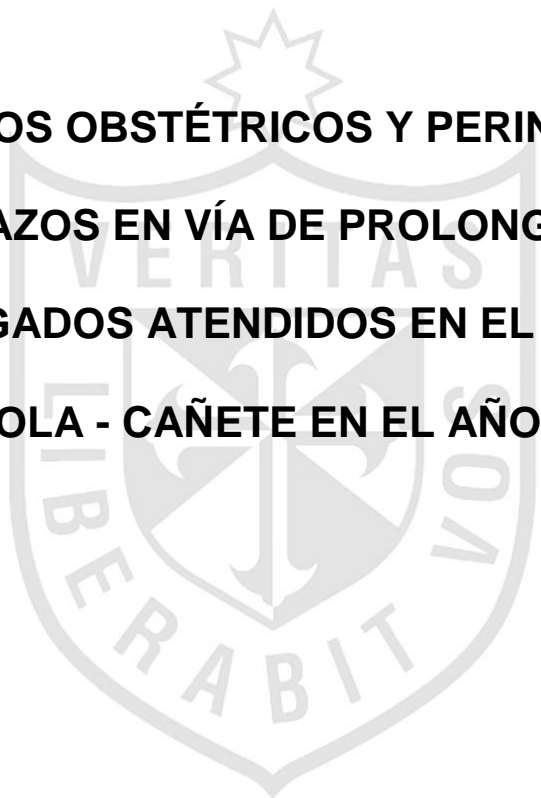
MIEMBROS DEL JURADO:

MG. MATEO QUISPE YRENE

MG. FLOR DE MARIA CHUMPITAZ SORIANO

MG. NELLY MORENO GUTIERREZ





**RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES EN
EMBARAZOS EN VÍA DE PROLONGACIÓN Y
PROLONGADOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
REZOLA - CAÑETE EN EL AÑO 2014**

DEDICATORIA



A Dios por darme la vida, por darme a los padres y la familia que tengo, por permitirme seguir adelante en todo lo que me propongo, por darme la fuerza, serenidad y sabiduría necesaria para lograr mis objetivos y mis sueños.

A mis Padres; Elvira y Antonio, por todas sus enseñanzas, esfuerzos, por hacer de mí una gran persona y una buena profesional.

A todos mis seres queridos, quienes siempre están conmigo apoyándome en todo momento.





AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser tan maravilloso y permitirme cumplir todas mis metas.

A mi Familia por su amor y todo su apoyo incondicional.

A la Asesora Dra. Mirtha E. Muñoz Hidrogo, por su apoyo desinteresado, por su confianza, colaboración en mi proceso de realización de la tesis, cuya preocupación y supervisión del proceso, hizo posible que este trabajo se desarrollara de una manera satisfactoria.

A todas mis amigas y docentes, que me apoyaron en la elaboración de la tesis.

ÍNDICE

RESUMEN

CAPÍTULO I:	INTODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO II:	MATERIAL Y MÉTODOS.....	9
CAPÍTULO III:	RESULTADOS.....	16
CAPÍTULO IV:	DISCUSIÓN.....	23
CAPÍTULO V:	CONCLUSIONES.....	28
CAPÍTULO VI:	RECOMENDACIONES.....	31
CAPÍTULO VII:	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
CAPÍTULO VIII:	ANEXOS.....	39

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1	17
-------------------------	-----------

Edad de las gestantes con embarazos en vía de prolongación y prolongados
atendidos en el Hospital Rezola – Cañete 2014

TABLA N° 2	18
-------------------------	-----------

Características obstétricas en embarazos en vía de prolongación y prolongados
atendidos en el Hospital Rezola – Cañete 2014

TABLA N° 3.....	19
------------------------	-----------

Resultados obstétricos en embarazos en vía de prolongación y prolongados
atendidos en el hospital Rezola - Cañete en el año 2014

TABLA N° 4.....	21
------------------------	-----------

Resultados perinatales en embarazos en vía de prolongación y prolongados
atendidos en el hospital Rezola - Cañete en el año 2014

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar los resultados obstétricos y perinatales en embarazos en vía de prolongación y prolongados atendidos en el Hospital Rezola - Cañete en el año 2014.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. Población: Conformado por 190 gestantes y sus recién nacidos. Muestra: constituida por 151 gestantes.

RESULTADOS: 94,7% (143) de las gestantes tuvieron 41 semanas y 5,3% (8) 42 semanas. Edad promedio 25,9 años. El 62,9% (95) multíparas, 24,5% (37) primíparas y 12,6% (19) grandes multíparas. 7,9% (12) con control prenatal deficiente. La prueba más utilizada fue el NST, de lo cual 70,2%(106) fue reactivo. Se realizó una primera inducción con oxitocina 6,6%(10) y misoprostol 6,6%(10); a otro grupo se le realizó una segunda inducción con oxitocina 10,6%(16) y misoprostol 10%(15). 44,3%(67) terminaron en cesárea, 33,8%(51) parto espontáneo y 21,9%(33) en parto inducido. 4,0%(6) oligoamnios. 16,6%(25) incompatibilidad céfalo-pélvica. 10,6%(16) sufrimiento fetal agudo (SFA), de ellos 25,2%(38) con líquido amniótico verde fluido y 12,6%(19) verde espeso. 24,5%(37) presentó distocia funicular. 54,3%(82) fueron recién nacidos (RN) de sexo masculino. 3,3%(5) presentó depresión moderada y 1,3%(2) severa. 16,6%(25) fueron macrosómicos y 1,3%(2) de bajo peso al nacer. 26,5%(40) fueron postmaduros, 8 sepsis neonatal, 12 síndrome de aspiración meconial, 3 taquipnea transitoria del recién nacido, 7 síndrome de distres respiratorio.

CONCLUSIÓN: La detección y manejo oportuno del embarazo prolongado contribuirá en la disminución de la morbilidad materna y del recién nacido.

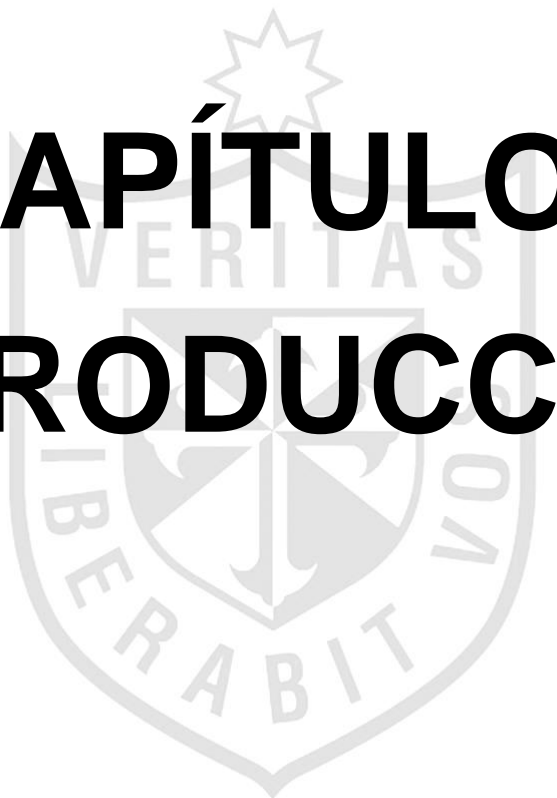
ABSTRACT

OBJETIVE: Identify the obstetric and perinatal outcomes in pregnancies via extension and prolonged Rezola treated at the Hospital - Cañete in 2014.

METHODOLOGY: A descriptive, cross-sectional and retrospective. Population: Composed of 4,037 pregnant women. Sample: consists of 151 pregnant women.

RESULTS: 94.7% (143) of pregnant women were 41 weeks and 5.3% (8) 42 weeks. Average age 25.9 years. 62.9% (95) multiparous, 24.5% (37) gilts and 12.6% (19) Large multiparous. 7.9% (12) with inadequate prenatal care. The test used was the NST, of which 70.2% (106) was reactive. A first induction with oxytocin 6.6% (10) and misoprostol 6.6% (10) was performed; another group underwent a second induction with oxytocin 10.6% (16) and misoprostol 10% (15). 44.3% (67) ended in cesarean section, 33.8% (51) spontaneous delivery and 21.9% (33) in induced labor. 4.0% (6) oligoamnios. 16.6% (25) cephalopelvic incompatibility. 10.6% (16) fetal distress (SFA), of which 25.2% (38) with amniotic fluid green liquid and 12.6% (19) thick green. 24.5% (37) presented dystocia funicular. 54.3% (82) were newborns (RN) male. 3.3% (5) had moderate depression and 1.3% (2) severe. 16.6% (25) were macrosomic and 1.3% (2) of low birth weight. 26.5% (40) were postmaduros 8 neonatal sepsis 12 meconium aspiration syndrome, 3 transient tachypnea of the newborn, respiratory distress syndrome 7.

CONCLUSION: The detection and timely management of prolonged pregnancy contribute in reducing maternal morbidity and infant.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El embarazo y el parto son considerados como fisiológicos y totalmente naturales, sin embargo, en determinadas circunstancias y condiciones, la gestante presenta mayores riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal; el embarazo prolongado sus complicaciones obstétricas y perinatales. De acuerdo al ENDES 2014 la mortalidad materna fue de 93 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos; pero aún es una cifra algo distante de la meta para el año 2015 (66,3 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos) ¹.

Gestación prolongada es la que dura más de 42 semanas (>294días) o 14 días después de la fecha probable de parto (FPP).

El término embarazo en vía de prolongación se suele usar para referirse a aquellas gestaciones entre las 41 y 42 semanas de amenorrea.²

En la actualidad uno de los problemas más importantes a los que se enfrenta el Obstetra y compete a la práctica diaria, es el de conocer en todo momento el estado materno y bienestar fetal, la cual garantice la preservación de una correcta función neurológica y función de todos los órganos tanto maternos como fetales. El embarazo en vía de prolongación y prolongado se asocia a diferentes complicaciones obstétricas y perinatales, se encuentra la mortalidad perinatal, que aumenta a partir de las 42 semanas y es dos veces mayor que en gestaciones a término ³. El embarazo en vía de prolongación y prolongado constituye una patología obstétrica que siempre ha generado mucha

controversia en relación a su diagnóstico, manejo y riesgo.⁴ En dos estudios suecos de gran escala se muestra que después de alcanzar las 39 a 40 semanas, la tasa de mortalidad perinatal se incrementó a medida que el embarazo superaba las 41. MacDorman y Kirmeyer (2009) reconocieron también esta tendencia en Estados Unidos.⁵

En investigaciones realizadas en Cuba, en abril- 2015, por Manuel Balestena Sánchez, González Llanes, Balestena Justiniani, se obtuvo que el embarazo prolongado o postérmino tuvo una incidencia de 1.82%, con una tasa de 18.2 x 1000 nacidos vivos; este tipo de gestación se asoció a la adolescencia y al oligoamnios como enfermedad propia de la gestación.⁶

Cuando un embarazo continúa después del término, aumenta el riesgo de que el feto muera en el útero o durante el período neonatal inmediato, implica un incremento de disfunción placentaria a lo que se le añade la distocia producida por el paso de un feto de grandes dimensiones, además entre los principales problemas de esta afección se puede mencionar, aumento de la frecuencia del diagnóstico de sufrimiento fetal agudo intraparto y síndrome de aspiración de meconio⁽⁷⁾. La mayor parte de los estudios clínicos comparte el punto de vista de que la reducción del líquido amniótico determinada mediante diversos métodos ecográficos hace posible identificar a un feto de un embarazo prolongado con riesgo incrementado¹⁹. La liberación de meconio hacia un volumen de líquido amniótico ya reducido produce meconio espeso y viscoso que puede causar síndrome de broncoaspiración de meconio. Por último la disminución del líquido amniótico se relaciona con la disminución de los movimientos fetales y esto puede ser el primero y único indicio de un oligoamnios.⁵⁻²

Por otro lado, este tipo de embarazo está asociado a un trabajo de parto más largo y a intervenciones quirúrgicas, debido principalmente al tamaño del bebé; por lo tanto, es 2 veces más probable el parto por cesárea.⁸ La macrosomía que representa 13% de los neonatos postérmino, con los problemas distócicos subsiguientes, desproporción céfalo pélvica, distocias de hombros, traumas, etc.⁹ 45% de los fetos siguen creciendo después de la fecha esperada de parto. En promedio los fetos aumentan 200 gramos de peso semanales después de la semana 40, y la incidencia de fetos macrosómicos es del 10% en la semana 40 y del 43% en la semana 43, lo que se asocia a parto obstruido y a trauma obstétrico.²

El embarazo prolongado ha sido uno de los motivos en el incremento de cesáreas, observado tanto en los estudios retrospectivos como en los prospectivos.¹⁰ Caughey y su equipo, compararon 119,254 embarazos de bajo riesgo con partos a las 39 semanas respecto de 40, 41 y 42 semanas y comunicaron una gama continua de riesgo creciente en las épocas sucesivas para el parto por cesárea, así como complicaciones maternas del trabajo de parto y el parto.⁵

Según ENDES 2014, el nacimiento por cesárea, que se estima debe situarse entre 5,0% y 15,0% de todos los nacimientos como solución final a las complicaciones del embarazo y parto, continúa aumentando en el Perú. En la encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014; las cesáreas se incrementaron de 21,4% a 28,6% entre los años 2009 y 2014.¹

En estadísticas internacionales se encontraron, que el embarazo en vía de prolongación y prolongado es una condición obstétrica en la que se incrementa la inducción del parto (74.5%); además hubo un predominio del parto eutócico (64.15%), siendo la hipomotilidad fetal la indicación más frecuente para realizar monitoreo fetal. ^(6,11)

Los riesgos maternos a la prolongación del embarazo se asocian con mayor necesidad de cesárea tanto en los partos espontáneos como en los inducidos.¹² Estudios realizados en el Parkland hospital, muestra que se indujo en un 35% de los embarazos que llegaron a las 42 semanas completas, además la tasa de parto por cesárea para la distocia y sufrimiento fetal se incrementó en grado significativo a las 42 semanas en comparación con la fechas más tempranas, la mayor parte de los lactantes de embarazo prolongado ingreso a unidades de cuidados intensivos. La frecuencia de convulsiones neonatales y decesos se duplicó a las 42 semanas.⁵ por otra parte el sufrimiento fetal, según investigaciones puede alcanzar la tercera parte de los embarazos prolongados, y que la causa de esta hipoxia fetal, hay que buscarla en insuficiencia placentaria, que se manifiesta clínicamente en oligoamnios, meconio y alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal. ¹³ En el Perú según ENDES, la Tasa de Mortalidad Perinatal fue de 15 defunciones por mil embarazos de siete o más meses de duración ¹ y el sufrimiento fetal agudo que en el Perú es una de las causas más importantes de mortalidad neonatal en 16%, con el síndrome de aspiración de meconio. ¹⁴

Estudios realizado por Galarza López César en el Instituto Nacional Materno Perinatal; 2009 – 2010, llegó a la conclusión que la mayoría de los embarazos prolongados tuvieron resultados cardiotocográficos dentro de parámetros

normales, sin embargo se observó que a partir de las 40 semanas se incrementó en 52,5% la frecuencia de casos que culminaron en cesárea, de 41 semanas fue 72,7% y en los 2 casos de 42 semanas ambos terminaron en cesárea y siempre asociados a macrosomía y signos de hipoxia fetal.¹⁵

Liñán Carrizales, Walter Alberto en su estudio; Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes con embarazo prolongado, atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo 2008-2012; Perú, llegaron a la conclusión que La edad promedio de las gestantes fue 27.2 ± 7.1 años, encontrándose la mayoría de las edades entre los rangos de 20 a 34 años (64.4%) y con estado civil "convivientes" (66.1%). En cuanto a los datos obstétricos: 40.7% de las pacientes con embarazo prolongado fueron primíparas y 35.6% nulíparas. El inicio del trabajo de parto 71.2 por ciento de las gestantes fue "Espontáneo" y 28.8 por ciento fue "Inducido". Respecto al tipo de parto, el 55.9 por ciento de las gestantes con embarazo prolongado terminaron en cesárea. 62.7 por ciento de los recién nacidos fueron de sexo masculino y 37.3 por ciento de sexo femenino, encontrándose que la mayor parte de los recién nacidos tuvieron un peso menor de 3500 gr. (50.8 por ciento) y el puntaje de Apgar al minuto fue mayor o igual a 8 en 83.1 por ciento. En cuanto a la edad gestacional por Capurro, el 91.5 por ciento tuvo una edad gestacional mayor o igual a 42 semanas siendo 72.9 por ciento de los recién nacidos adecuados para la Edad Gestacional y 18.6 por ciento Grandes para la Edad gestacional.¹⁶

Las investigaciones realizadas nos demuestran una vez más los efectos que puede ocasionar un embarazo en vía de prolongación y prolongados. Iván Sánchez de la cruz, (Cuba) 2014 en su artículo: aspectos clínicos

epidemiológicos de gestantes con embarazo prolongado en el municipio de Palma Soriano, concluye que 31 gestantes (70,5 % del total) evolucionaron hacia un trabajo de parto normal, con parto eutócico; mientras que en 13 embarazadas fue necesario realizar cesárea (29,5 %), y la alta incidencia de la fecha no confiable de la última menstruación en el grupo de nulíparas (51,9 %). También se destacó que la gestación prolongada incrementó la práctica de cesáreas primitivas. En relación a las complicaciones en las madres y en los resultados perinatales, no hubo complicaciones en 70,5 % de los recién nacidos, sin embargo un 29,5 % presentó alguna noxa, siendo la más frecuente el síndrome de aspiración meconial en 13,6%, seguido de la depresión al nacer y trauma (6,8 %); atonía uterina y sangrado (6,8 %, respectivamente) como complicaciones en las madres.¹⁷

Las mujeres con antecedentes de embarazos prolongados tienen una probabilidad del 30% de experimentar otro embarazo prolongado, de igual modo, el sexo masculino fetal podría predisponer al embarazo prolongado, según investigaciones por el déficit de sulfatasa placentaria producido por la delección de un gen del cromosoma X que afecta a 1/2.000-6.000 fetos varones.¹⁸

En el hospital Rezola Cañete, la atención de la salud materno infantil son el componente con mayor demanda. En el servicio de Obstetricia para el período 2009 – 2013, presentó el mayor número de atenciones referente a todos los servicios del hospital, con 14,463 egresos; que representan 42.5% del total de ingresos en sala de hospitalización para este período de tiempo en este servicio. Respecto al perfil de internamientos según las patologías (grupos de enfermedad de la CIE 10), entre los 5 primeros motivos de hospitalización, se

encuentra, el parto único espontáneo con 636 egresos, el parto único por cesárea con 182 egresos, apendicitis aguda 151, el aborto espontáneo con 129 egresos y la atención materna por desproporción fetopélvica conocida o presunta, con 36 egresos. En relación al comportamiento de estas patologías tenemos que los partos únicos por cesárea presentaron un incremento en la frecuencia de 49 casos en el 2009, a 52 en el año 2013 respectivamente, además se observa que la atención materna por desproporción fetopélvica conocida o presunta de 3 casos en el 2009 se incrementó a 7 casos en el 2012, disminuyendo a 4 en el 2013, se presentaron 298 casos de embarazo en vía de prolongación y prolongados, algunos de ellos ocasionando problemas fetales como macrosomía fetal, falso trabajo de parto con 72,3 %, trabajo de parto obstruido y trabajo de parto complicados por sufrimiento fetal en 80,4%.²⁷

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los resultados obstétricos y perinatales en embarazos en vía de prolongación y prolongados atendidos en el hospital Rezola - Cañete en el año 2014?

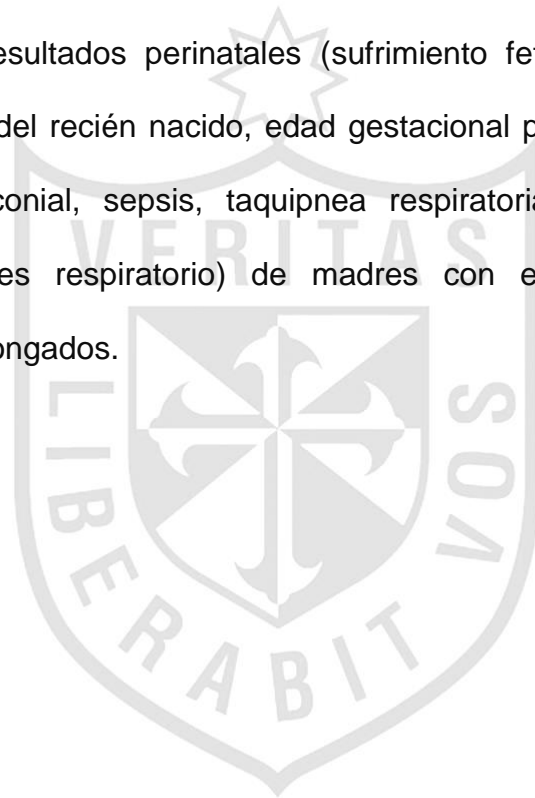
1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los resultados obstétricos y perinatales en embarazos en vía de prolongación y prolongados atendidos en el hospital Rezola - Cañete en el año 2014.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las características obstétricas (edad, edad gestacional, paridad, control prenatal) de las gestantes con embarazo en vía de prolongación y prolongado.
2. Identificar los resultados obstétricos (pruebas realizadas, Inducciones, tipo de parto, líquido amniótico, oligoamnios, desproporción céfalo-pélvica) de las gestantes con embarazo en vía de prolongación y prolongados.
3. Identificar los resultados perinatales (sufrimiento fetal, distocia funicular, Apgar, sexo, peso del recién nacido, edad gestacional por Capurro, síndrome de aspiración meconial, sepsis, taquipnea respiratoria del recién nacido, síndrome de distres respiratorio) de madres con embarazo en vía de prolongación y prolongados.





CAPÍTULO II
MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL Y MÉTODO

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Diseño de tipo descriptivo, de corte transversal y retrospectivo

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 POBLACIÓN

La población estuvo conformada por 190 madres y sus recién nacidos con embarazo en vía de prolongación y prolongados cuyos partos se realizaron en el Hospital Rezola-Cañete durante el periodo de estudio de enero a diciembre del 2014.

3.2.2 MUESTRA

Estuvo constituida por 151 madres con embarazo en vía de prolongación y prolongado y sus respectivos recién nacidos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión que fueron atendidos en el Hospital Rezola-Cañete durante el periodo de estudio.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión

- Madres cuya edad gestacional fue igual o mayor a 41 semanas, calculada por la fecha de última regla y/o ecografía del I trimestre, (historia clínica)
- Madres con embarazo único y viable. (Historias clínicas).

- Recién nacidos de madres con embarazo en vía de prolongación y prolongado.
- Madres que culminaron su gestación en el establecimiento de salud en estudio.

Criterios de exclusión

- Madres con otras patologías durante el embarazo (Preeclampsia, Diabetes, Obesidad).
- Recién nacidos de madres que presenten malformaciones.

VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable 1: Embarazo en vía de prolongación y prolongado

Variable 2: Resultados obstétricos y perinatales

Variable control: Edad

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Indicador	Escala de medición	Instrumento
VARIABLE 1 EMBARAZO EN VÍA DE PROLONGACIÓN Y PROLONGADO	CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS PARIDAD: <ul style="list-style-type: none"> • Primípara • Multipara • Gran multipara CONTROL PRENATAL <ul style="list-style-type: none"> • Control adecuado • Control inadecuado EDAD GESTACIONAL <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo en vía de prolongación: Entre 41 y 42 semanas • Embarazo prolongado: Mayor de 42 semanas. 	Cualitativo ordinal Cualitativa Nominal Cuantitativa Intervalo	Historia Clínica Ficha clínica de recolección de datos
Variable	Indicador	Escala de medición y tipo de variable	Instrumento
Variable 2 RESULTADOS OBSTÉTRICOS	OLIGOAMNIOS: <ul style="list-style-type: none"> • Si • No PRUEBAS REALIZADAS <ul style="list-style-type: none"> • test estresante <ul style="list-style-type: none"> × reactivo × no reactivo • Test no estresante <ul style="list-style-type: none"> × Negativo × Positivo × insatisfactorio × sospechoso • Sin prueba INDUCCIONES <ul style="list-style-type: none"> • 1era. Inducción <ul style="list-style-type: none"> ✓ Oxitocina ✓ misoprostol • 2da. Inducción <ul style="list-style-type: none"> ✓ Oxitocina ✓ Misoprostol • Sin inducción TIPO DE PARTO <ul style="list-style-type: none"> • Parto espontáneo • Parto inducido • Cesárea LÍQUIDO AMNIÓTICO <ul style="list-style-type: none"> • Claro • Meconial fluido • Meconial espeso 	Cualitativo Nominal Cualitativa Nominal Cuantitativa ordinal Cualitativa Nominal Cualitativo Nominal	Historia clínica Ficha clínica de recolección de datos Historia clínica Ficha clínica de recolección de datos

Y	INCOMPATIBILIDAD CÉFALO PÉLVICA: <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativo Nominal	
RESULTADOS PERINATALES	SUFRIMIENTO FETAL AGUDO <ul style="list-style-type: none"> • Si • No DISTOCIA FUNICULAR <ul style="list-style-type: none"> • Si • No ÍNDICE DE APGAR <ul style="list-style-type: none"> • 8-10: normal • 4-7: depresión moderada • 0-3: depresión severa SEXO: <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino PESO DEL RECIÉN NACIDO <ul style="list-style-type: none"> • 2500gr.: normal • < 2500gr.: bajo peso • ≥4000 gr.: macrosómico. EDAD GESTACIONAL POR CAPURRO <ul style="list-style-type: none"> • A término: 37 a 40,6 sem • Postmaduro: 41 sem o más SÍNDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO SEPSIS NEONATAL <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO TAQUIPNEA RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Cualitativo Nominal Cualitativo Nominal Cuantitativo intervalo Cualitativa nominal Cuantitativo Razón cuantitativo intervalo Cualitativo Nominal Cualitativo Nominal Cualitativo Nominal Cualitativo Nominal	Historia clínica Ficha clínica de recolección de datos
VARIABLE CONTROL	EDAD: <ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes (15 – 19 años) • Adultas: 20 – 34 años • Añosas: ≥ 35 años 		

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Primero, Por el Convenio Marco que existe entre la Universidad San Martín de Porres y el hospital Rezola, se procedió a realizar las gestiones administrativas para solicitar la autorización correspondiente.

Segundo, se asistió al servicio de obstetricia para recolectar los datos de las gestantes con embarazo en vía de prolongación y prolongado, y sus respectivos recién nacidos.

Tercero, se asistió al archivo de historias clínicas para corroborar y agregar datos para completar la información, esta información se registró en la ficha clínica de recolección de Datos.

La muestra se recolectó de 8:00 a 20:00 horas durante los meses de setiembre-octubre del 2015, hasta completar la muestra requerida.

La fuente de información fue indirecta, se utilizaron las historias clínicas de gestantes y recién nacidos.

La ficha clínica de recolección de datos, comprendió cuatro partes:

1^{era} parte: Edad de las gestantes

2^{da} parte: Características obstétricas

3^{era} parte: Resultados obstétricos

4^{ta} parte: Resultados perinatales

3.5 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Después de recopilar la información extraídas de las historias clínicas de las gestantes y de sus recién nacidos, seleccionados según los criterios de selección y exclusión, las fichas clínicas se ordenaron, enumeraron y codificaron para ingresar la información en la base de datos del paquete estadístico SPSS, programa que permitió realizar el análisis porcentual y de frecuencia. Se utilizaron medidas de frecuencia absoluta y relativa; mediana, mínima y máxima, lo que me permitió elaborar las tablas para una mejor presentación e interpretación de los resultados.

1.6 ASPECTOS ÉTICOS

Se contó con el Convenio-Marco de la Universidad San Martín de Porres con las instituciones de salud y el Convenio Específico con el hospital Rezola de Cañete.

Previa colecta de datos, el proyecto fue revisado y aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Institución hospitalaria.

Por ser una investigación de tipo retrospectivo, no hubo necesidad del uso del documento "Consentimiento Informado".

La información se manejó confidencialmente y en forma anónima sin identificación de los participantes. Dicha información se guardó a buen recaudo y sólo utilizada para la investigación.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

CAPITULO III: RESULTADOS

RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES EN EMBARAZOS EN VÍA DE PROLONGACIÓN Y PROLONGADOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REZOLA - CAÑETE EN EL AÑO 2014

TABLA N° 1

Edad de las gestantes con embarazos en vías de prolongación y prolongados

EDAD	N° 151	100%
Adolescentes(15-19 años)	29	19,2
Adultas (20-34 años)	98	64,9
Añosas (≥ 35 años)	24	15,9
Edad media	25,9	
Edad mínima	15	
Edad máxima	41	

En la **Tabla N°1**, se describen la edad de las participantes del estudio, se observa que 64,9 % fueron mujeres adultas, 19,2% se encontraban conformando el grupo de adolescentes y 15,9% mujeres añosas. La edad media de las participantes fue de 25,9 años, observándose una edad mínima de 15 años y una edad máxima de 41 años.

RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES EN EMBARAZOS EN VÍA DE PROLONGACIÓN Y PROLONGADOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REZOLA - CAÑETE EN EL AÑO 2014

TABLA N° 2

Características obstétricas en embarazos en vías de prolongación y prolongados

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	N° 151	100%
EDAD GESTACIONAL		
41 semanas	143	94,7
42 semanas	8	5,3
PARIDAD		
Primípara	37	24,5
Múltipara	95	62,9
Gran múltipara	19	12,6
CONTROL PRENATAL		
Adecuado \geq 6	139	92,1
Inadecuado $<$ 6	12	7,9

En la **Tabla N°2**, se describen las características obstétricas de las participantes del estudio, en cuanto a la edad gestacional se pudo observar que 94,7% tuvo una edad gestacional de 41 semanas y 5,3% de 42 semanas.

Cuando se indago la paridad de las participantes, se constató que 62,9% eran múltiparas, 24,5% primíparas y 12,6% grandes múltiparas.

Se pudo observar que 92,1% de las gestantes del estudio tenían controles prenatales adecuados y 7,9% deficientes, es decir tuvieron menos de 6 controles en el embarazo.

**RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES EN EMBARAZOS EN VÍA DE
PROLONGACIÓN Y PROLONGADOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REZOLA - CAÑETE
EN EL AÑO 2014.**

TABLA N° 3

**Resultados obstétricos en embarazos en vía de prolongación y
prolongados**

RESULTADOS OBSTÉTRICOS	N°151	100%
PRUEBAS DE BIENESTAR FETAL		
NST		
- Reactivo	106	70,2
- No Reactivo	18	11,9
CST		
- Negativo	12	7,9
- Positivo	4	2,7
- Insatisfactorio	1	0,7
Sin Prueba	10	6,6
INDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO		
1° Inducción		
- Oxitocina	10	6,6
- Misoprostol	10	6,6
2° Inducción		
- Oxitocina	16	10,6
- Misoprostol	15	10
Sin Inducción	100	66,2
CULMINACIÓN DEL PARTO		
Espontáneo	51	33,8
Inducido	33	21,9
Cesárea	67	44,3
LÍQUIDO AMNIÓTICO		
Claro	94	62,3
Meconial fluido	38	25,2
Meconial espeso	19	12,6
OLIGOAMNIOS		
Si	6	4
No	145	96
INCOMPATIBILIDAD CÉFALO-PÉLVICA		
Si	25	16,6
No	126	83,4

En la **Tabla N°3**, se describen los resultados obstétricos de las participantes, en relación a las pruebas de bienestar fetal. Se encontró que la prueba más utilizada fue el NST, de los cuales el 70,2% tuvo como resultado NST reactivo y 11.9% NST no reactivo. Otra prueba de bienestar fetal que se utilizó fue el CST, de los cuales el 7,9% tuvo un resultado de CST negativo, 2,7% CST positivo y 0,7% CST insatisfactorio. Al 6,6% de las participantes no se les realizó ninguna prueba de bienestar fetal.

En cuanto a la inducción del trabajo de parto se observa que a un grupo de las participantes se les realizó una primera inducción con oxitocina o misoprostol, que correspondieron a 6,6% para ambos grupos respectivamente; A otro grupo se le realizó una inducción de trabajo de parto por segunda intención como resultado de una primera inducción fallida, con oxitocina en 10,6% y el grupo de misoprostol en 10% y finalmente hubo un 66,2% de las participantes a quienes no se les fue indicado este manejo.

Se observó que un 44,3% de las participantes terminaron en un parto por cesárea, 33,8% en parto vaginal espontáneo y 21,9% terminaron en un parto vaginal inducido.

En cuanto al líquido amniótico, 25,2% presentó líquido amniótico meconial fluido y 12,6% líquido amniótico meconial espeso al nacimiento.

También se pudo observar que 4% de ellas presentaron Oligohidramnios.

El 16,6% presentaron incompatibilidad céfalo-pélvica.

RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES EN EMBARAZOS EN VÍA DE PROLONGACIÓN Y PROLONGADOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REZOLA - CAÑETE EN EL AÑO 2014.

TABLA N° 4

Resultados perinatales en embarazos en vía de prolongación y prolongados

RESULTADOS PERINATALES	N°151	100%
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO		
Si	16	10,6
No	135	89,4
SEXO		
Femenino	69	45,7
Masculino	82	54,3
DISTOCIA FUNICULAR		
Si	37	24,5
No	114	75,5
APGAR		
Normal (8-10)	144	95,4
Depresión moderada (4-7)	5	3,3
Depresión severa (0-3)	2	1,3
PESO DEL RECIÉN NACIDO		
Normal (2500gr)	124	82,1
Bajo de peso (<2500gr)	2	1,3
Macrosómico (≥ 4000gr)	25	16,6
EDAD GESTACIONAL POR CAPURRO		
A termino	100	66,2
Post maduro	51	33,8
SINDROME DE ASPIRACION MECONIAL		
SI	12	7,9
NO	139	92,1
SEPSIS NEONATAL		
SI	8	5,3
NO	143	94,7
TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO		
SI	3	2
NO	148	98
SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO		
SI	7	4,6
NO	144	95,4

En la **Tabla N°4**, se describen los resultados perinatales, donde se observa que el sufrimiento fetal agudo (SFA) se presentó en 10,6% y 89,4% no presentó esta patología.

Respecto al sexo se observó que 54,3% fueron recién nacidos (RN) de sexo masculino y 45,7 de sexo femenino.

Se comprobó que 24,5% de los fetos presentaron distocia funicular y 75,5% no lo presentó.

Cuando se revisaron las historias clínicas sobre el Apgar del recién nacido se observó que 3,3% presentaron depresión moderada y 1,3% depresión severa.

Respecto al peso del recién nacido, 16,6% de los recién nacidos fueron macrosómicos, es decir tuvieron un peso mayor de 4000 gr. y 1,3% tuvieron bajo peso al nacer.

En cuanto a la edad gestacional por Capurro, se pudo constatar que 33,8% tuvieron una evaluación por examen físico como post maduro.

Se presentó en 5,3% (8) sepsis neonatal, 7,9% (12) síndrome de aspiración meconial, 2% (3) taquipnea transitoria del recién nacido, 4,6% (7) síndrome de distres respiratorio.



CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

En el presente estudio, se encontró según las características obstétricas que 64,9 %(98) fueron mujeres adultas (20-35 años) y según la paridad se muestra que 62,9%(95) fueron gestantes multíparas, con lo cual se asemeja al trabajo realizado por el autor Manuel Balestena, quien plantea en su investigación una edad de 25 a 29 años, la cual se encontraban en una edad de mayor actividad reproductiva, además se aprecia que el 83.02% de las gestantes eran multíparas.⁶ sin embargo Cuenca Cuenca en su estudio manifestó datos diferentes según paridad donde 60% fueron primigestas y presento datos similares según la edad, donde 83.3% de las gestantes tuvieron entre 20 a 34 años.²¹ Resultados que coincide con la teoría de Schwarcz, quien refiere que en el embarazo prolongado la edad más frecuente son madres menores de 35 años, pero contradice lo relacionado a la paridad, según la teoría, los embarazos prolongados son más frecuentes en mujeres nulíparas.²⁰

Con respecto a la edad gestacional, en este estudio se observa que hubo 5,3%(8) de gestantes que tuvieron una edad gestacional de 42 semanas. Yactayo Castillo, en su investigación demuestra que solo el 28% responde a embarazos mayores de 42 semanas, y que 72% son embarazos mayores de 41.²²

Referente a los resultados obstétricos, se observa que 82,1% (124) de las gestantes se les realizó el test estresante de lo cual 70,2%(106) resulto

reactivo, lo que se asimila al estudio realizado por Chavarry V, Cabrera E, Díaz H, donde se realizó test no estresante (NST) a 24 pacientes, siendo reactivos 17 (70%), pero difiere de este estudio porque, la prueba más utilizada en su estudio evaluado a 39 pacientes fue el test estresante (CST), obteniéndose 1 resultado positivo (3%).²³ en la cual en nuestro estudio presentado, se realizó el test estresante a 17 pacientes de 151, obteniéndose 4 resultados positivos (2,7%)

Según la revisión de la bibliografía se recomienda la inducción del embarazo prolongado entre semana 41 y 42, ya que disminuye la morbilidad perinatal²⁶, sin embargo en este estudio se observó que al 66,2%(100) de las gestantes no se les realizó inducción, al 13,2%(20) se le realizó una primera inducción y 20,6%(31) fueron sometidas a una segunda inducción. Los fármacos a utilizar fueron la oxitocina y misoprostol, la oxitocina fue el fármaco más utilizado en 17,2%(26), resultados que se asemeja a la investigación de Chavarry V, Cabrera E, Díaz H, donde a 71,3%(243) no se le realizaron inducción, sin embargo en su estudio de las 56 pacientes sometidas a inducción se registró que el fármaco más utilizado fue el misoprostol con 57,2%(32).²³ Al igual que en la investigación de Montes de Oca Arteaga, que demostró que el misoprostol, administrado tanto por vía oral como vaginal, es un fármaco eficaz para la maduración cervical y la inducción del parto, y se usó en 46% del total de su población.²⁷

Con respecto a la culminación de parto, la cesárea representa en 44,3%(67), seguido del parto espontáneo con 33,8%(51), porcentajes que se asemeja a la investigación realizada por los autores Peña Abraham, Piloto Morejón, Romero Díaz, González Ungo, Valladares Hernández, quienes exponen que la terminación del parto predominante en el embarazo postérmino fue la cesárea ²⁴ sin embargo en otro estudio que realizaron los autores Corrales G, Carrillo G, Benavides C, Borges E, demuestran que 73,5 % de las pacientes con un embarazo prolongado logró un parto espontáneo y un índice de cesárea de 23,5%.²⁵

Se encontró Al líquido amniótico claro, representa 62,3%(94), se asemejan a otra investigación realizada por los autores Manuel Balestena Sánchez, Katileydis González Llanes, Balestena Justiniani, que expusieron líquido amniótico fue claro en 65.1% ¹⁷

En esta investigación 4%(6) de las gestantes presento oligoamnios y se asemeja al estudio realizado por Cuenca Cuenca, donde 75.6% tuvo un volumen del líquido amniótico normal y solo 24,4% presento oligoamnios ²⁷. Sin embargo la mayor parte de los estudios clínicos comparte el punto de vista de que la reducción del líquido amniótico determinada mediante diversos métodos ecográficos hace posible identificar a un feto de un embarazo prolongado con riesgo incrementado. ^(5,10)

En cuanto a la incompatibilidad cefalo- pélvica se pudo observar que 16,6% presento esta patología, lo que se asemeja al estudio realizado por Meza Burgos donde habla que las gestaciones con 41 semanas o más con una cabeza fetal no encajada a estación -5 y -4 tienen 17 veces más riesgo de

tener un parto con operación cesárea en comparación con las pacientes que presenten una cabeza fetal a estación de -2 y -1. ²⁸

Según los resultados perinatales en relación, el sexo que más represento fue el sexo masculino con 54,3%(82), 82,1%(124) del peso de los recién nacidos fue mayor de 2500 gr., pero menor de 4,000 gr y fue adecuado para su edad gestacional, Apgar en 95,4%(144) fue mayor de 7, lo que corresponde a una condición adecuada del feto, y 33,8% según edad gestacional por Capurro corresponden a recién nacidos postérmino. Estos resultados expuestos se asemejan a otra investigación realizada por los autores Manuel Balestena Sánchez, Katileydis González Llanes, Balestena Justiniani, que el sexo masculino (62.3%), 97.2% de los neonatos tuvo Apgar ≥ 7 puntos, sin embargo en este estudio el peso fetal fue superior a 3500 gramos y represento 53.77%. ⁶ Según Liñán Carrizales en cuanto a la edad gestacional por Capurro, el 91.5% obtuvo una edad gestacional mayor o igual a 42 semanas siendo el 72.9% de los recién nacidos adecuados para la edad gestacional y 18.6% grandes para la edad. ¹⁶

Se presentó en 5,3% (8) sepsis neonatal, 7,9% (12) síndrome de aspiración meconial (SAM), 2% (3) taquipnea transitoria del recién nacido, 4,6% (7) síndrome de distres respiratorio (SDR). En los estudios realizados por Iván Sánchez, el 29,5 %, síndrome de aspiración meconial como complicación en los recién nacidos. ¹⁷ En el estudio realizado por Mercedes Peña y colaboradores resulto que 54,4(25) tuvieron SDR, 30,4%(14) tuvieron SAM. ²³



CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- El grupo etario para los embarazos en vía de prolongación y prolongados, estuvo comprendido entre los 20-35 años, además de tener una concentración importante en el grupo de 15-19 años.
- En las características en embarazos en via de prolongación y prolongados se observa una mayor cantidad de madres con edad gestacional de 41 semanas y finalizaron su parto a esta edad gestacional. Lo cual demuestra que los partos mayores de 42 semanas están disminuyendo, más el embarazo en vía de prolongación y prolongado a mujeres multíparas que a primíparas.
- En los resultados obstétricos la prueba más utilizada en embarazos en vía de prolongación y prolongados en el hospital Rezola Cañete, fue el test no estresante, referente a la inducción, se observa que la mayor parte de las participantes del estudio, no se les indujo el parto y culminaron el parto de forma espontánea o por indicación de cesárea. Sin embargo se observa que las que se les indujo, tuvieron una primera inducción fallida, y se tuvo que realizar una segunda inducción, utilizando más la oxitocina como medicamento de elección, 6 tuvieron oligohidramnios, 57 líquido amniótico meconial y 25 incompatibilidad cefalo pélvica.

- En los resultados perinatales, este estudio se observa se observa que los fetos de sexo masculino, son factor de riesgo para tener embarazo en vía de prolongación y embarazo prolongado, se presentaron 5 recién nacidos con depresión al nacer, 37 distocia funicular, 25 macrosómicos, 12 síndrome de aspiración meconial. 8 sepsis, 3 taquipnea respiratoria del recién nacido y 7 síndrome de distres respiratorio.





CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Al Profesional Obstetra

- Detección precoz y oportuna para el manejo adecuado de las gestantes con embarazo prolongado contribuyendo a disminuir la morbilidad en la madre, feto y recién nacido.
- Realizar una buena anamnesis para obtener una adecuada edad gestacional y realizar pruebas complementarias, para dar adecuado diagnóstico y tratamiento.
- Evaluar e interpretar los resultados de pruebas de bienestar fetal, realizadas a las gestantes con embarazo en vía de prolongación oportunamente para la mejor decisión en la finalización de la gestación y se debe realizar pruebas complementarias inmediatas antes de tomar una decisión que puede ser perjudicial tanto para el feto y madre.
- Promover investigaciones de estudio multicéntrico y con una población mayor de participantes, donde se valore más a profundidad el tema.



CAPÍTULO VII
REFERENCIA
BIBLIOGRÁFICA

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima: Instituto nacional de estadística e informática; 2014.
2. Hospital Infantil universitario de San José. Guía clínica de manejo de Embarazo prolongado. Bogotá: Hospital Infantil San José; 2014.
3. Espinoza B. Manejo del embarazo cronológicamente prolongado. In V congreso del congreso de la asociación castellano Manchega de ginecología y obstetricia. Alcázar de San Juan Guadalajara; 2010.
4. Ministerio de salud. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos. Perú: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología; 2011 - 2012.
5. Cunningham F, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hauth J, Wenstrom K. Williams Obstetricia. 23ª Ed. México: Mc Graw Hill; 2011.
6. Balestena M. Comportamiento del embarazo posttermino y su asociacion con diferentes factores maternos. Ciencias Médicas de Pinar del Río [internet] 2015 abril. [acceso 4 de octubre del 2015]; 19(2). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942015000200007&script=sci_arttext.
7. Balestena S, González L, Balestena J. Efectos del embarazo post termino en eventos relacionados con el nacimiento y el neonato. Revista Ciencias Médicas [internet] 2014 junio. [acceso 4 de octubre del 2015]; 18(2). Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/1916/html> 34

8. Gallo M, Gallo J, Espinoza A, Ruoti C, Beltrán M, Herrera J. test basal o non stress test EN: Gallo M. Monitorización fetal. España: actualidades médicas CA; 2011.
9. Navarrete L, Salamanca B, Chung S. Embarazo cronológicamente prolongado EN: Cabero R. Tratado de ginecología y obstetricia. 2^{da} ed. Madrid: Médica Panamericana; 2012.
10. Salazar T, Boris C. Cesárea por monitorización cardiotocográfica fetal no satisfactoria. Facultad de ciencias médicas universidad de Cuenca [revista en internet] 2013. [acceso 7 de agosto del 2015]; 31(2). Disponible en: <http://www.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/48>
11. Valladares C. Valor predictivo del monitoreo fetal en el embarazo en vías de prolongación y prolongado. Revista médica de los post grados de medicina universidad nacional autónoma de Honduras [internet] 2006 diciembre. [acceso 23 de julio del 2015]; 9(3). Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2006/pdf/Vol9-3-2006-15.pdf>
12. Herrera R. Factores de riesgo intrínsecos asociados a embarazo prolongado [tesis de licenciatura]. Trujillo: hospital Belén; 2005-2008.
13. Sociedad española de Gineco-obstetricia. Protocolos asistenciales en obstetricia, gestación cronológicamente prolongada. Sociedad española de ginecología y obstetricia (Mad). 2011; 54(1): 38-49.
14. Okusanya B. Cardiotocografía prenatal para la evaluación fetal: Comentario de la BSR. *Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS* [internet] 2010 julio [acceso 05 de octubre del 2015]. Disponible

en:http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/cd007863_okusanyabo_com/es/

15. Galarza C. Hallazgos Cardiotocográficos en gestantes con embarazo prolongado [Tesis de licenciatura]. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2009 – 2010.
16. Liñán C. Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes con embarazo prolongado [Tesis de licenciatura]. Lima: Hospital nacional Dos de Mayo; 2008-2012.
17. Sánchez I. Aspectos clínico epidemiológicos de gestantes con embarazo prolongado en el municipio de palma soriano. MEDISAN [revista en internet] 2014. [acceso 8 de agosto del 2015]; 18 (7). disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192014000700013&script=sci_arttext
18. Crespo R, Lapresta C, Castan S, Campillos J, Rodríguez B, Tobajas J. Análisis de la finalización de la gestación y morbilidad materna en las gestaciones de 41 semanas. Clínica e investigación en ginecología y obstetricia [revista de internet] 2011. [acceso 5 de octubre del 2015]; 38(4). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-analisis-finalizacion-gestacion-morbilidad-materna-90024205>
19. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. El Ateneo; 2010.
20. Cuenca E. relacion entre el test estresante y los resultados perinatales en embarazos en vía de prolongación [tesis de licenciatura]. Lima : hospital nacional docente madre niño San Bartolomé; 2014.

21. Yactayo C. Relación de los hallazgos cardiotocográficos externos en gestantes de embarazos en vías de prolongación y prolongado con el Apgar del recién nacido [tesis de licenciatura]. Lima: Hospital de Ventanilla; 2013.
22. Chavarry V, Cabrera E, Díaz H. Perfil del embarazo prolongado en pacientes de un hospital general. Médica Herediana [revista en internet] 2009. [acceso 3 de octubre del 2015]; 20(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2009000400005
23. Piloto P. Aspectos clínico epidemiológicos de la inducción del parto en el embarazo postérmino. Ciencias Médicas de Pinar del Río [internet] 2010 enero-marzo. [acceso 5 de octubre del 2015]; 14(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942010000100006&script=sci_arttext
24. Corrales G, Carrillo G, Benavides C, Borges E. Resultados perinatales de la conducta expectante en el manejo del embarazo prolongado. Revista cubana obstétrica y ginecológica [internet] 2008 enero-abril. [acceso el 6 de octubre del 2015]; 34(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2008000100001&script=sci_arttext
25. Frailunaa M, Dericcob M, Repettob J. Guía clínica embarazo de 41 semanas. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá [internet] 2012. [acceso 6 de octubre del 2015]; 31(2). Disponible en: <file:///C:/Users/USER/Downloads/75-87%20Gu+%C2%A1a%20Embarazo.pdf>

26. Nápoles M, Gomez N, Caveda G. Experiencia con el uso de misoprostol en la pre inducción e inducción del parto. Revista cubana de obstetricia y ginecología [internet] 2008 septiembre- diciembre. [acceso 6 de octubre del 2015]; 33(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300002

27. Hospital Rezola. Análisis de la situación de salud. Lima-cañete: Resolución directoral del Hospital Rezola; 2013.

28. Meza B. Cabeza fetal no encajada como factor de riesgo para cesárea en nulíparas con 41 semanas o más de gestación [tesis de licenciatura]. Lima: hospital San Bartolomé; 2014.



CAPÍTULO VIII

ANEXOS

RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES EN EMBARAZOS EN VÍA DE
PROLONGACIÓN Y PROLONGADOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REZOLA - CAÑETE
EN EL AÑO 2014

FICHA CLÍNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. EDAD DE LAS GESTANTES:

1. EDAD: _____

II. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

1. PARIDAD: primípara () multípara () gran multípara ()

2. EDAD GESTACIONAL: _____

3. CONTROL DEL EMBARAZO SI () NO ()

III. RESULTADOS OBSTÉTRICOS

1. TIPO DE PRUEBAS:

Test estresante:	Reactivo ()	No reactivo ()
Test no estresante:	Positivo ()	Negativo ()
	Insatisfactorio ()	Sospechoso ()
Sin prueba ()		

1. INDUCCIÓN: 1^{era} inducción : Oxitocina () Misoprostol ()
2^{da} inducción: Oxitocina () Misoprostol ()
Sin inducción ()

2. TIPO DE PARTO: espontáneo () inducido () distócico ()

3. LÍQUIDO AMNIÓTICO: claro () Meconial fluido() Meconial espeso()

4. OLIGOAMNIOS: SI () NO ()

5. INCOMPATIBILIDAD CÉFALO-PÉLVICA SI () NO ()

IV. RESULTADOS PERINATALES

1. SUFRIMIENTO FETAL AGUDO SI () NO ()

2. DISTOCIA FUNICULAR SI () NO ()

3. APGAR:

➤ Normal: 8-10 ()

➤ Depresión moderada: 4-7 ()

➤ Depresión severa: 0-3 ()

4. SEXO: varón () mujer ()

5. PESO: Normal: 2500gr ()

Bajo peso: < 2500gr ()

Macrosómico: ≥4000 gr ()

6. EG POR CAPURRO: A término () Postmaduro ()

7. SÍNDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO SI() NO()

8. SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO SI() NO()

9. SEPSIS NEONATAL SI() NO()

10. TAQUIPNEA RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO SI () NO ()

