

11217

2
2
ATZ
BLJ2

MORBIMORTALIDAD FETAL Y NEONATAL EN PACIENTES
CON EMBARAZO DE 40 SEMANAS DE GESTACION O MAS,
EN EL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE.
(ESTUDIO DE 3 AÑOS).

Especialidad en Ginecología y Obstetricia

COORDINACION DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE. MEXICO, D.F.

DRA. MARIA ELENA CARDENAS RUIZ.

DOM. ALBERT No. 52 INT. 8 COL. PORTALES, D.F.

TEL. 6 - 72 - 52 - 11.

61295

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



DR. JUAN MIRANDA MURILLO.
COORDINADOR Y PROFESOR TITULAR DE GINECOOBSTETRICIA.



DR. DIONISIO PARRA ROLDAN.
JEFE DE ENSEÑANZA DE GINECOOBSTETRICIA.



DR. MIGUEL ANGEL QUISBERTH CORDERO.
ASESOR DE TESIS.

[Handwritten signature]
DR. ALFONSO ALEJANDRO VAZQUEZ LOPEZ.
COORDINADOR DE CAPACITACION INVESTIGACION Y DESARROLLO
HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA.



[Handwritten signature]
DRA. IRMA DEL TORO GARCIA.

JEFE DE INVESTIGACION DEL H.R.G. IGNACIO ZARAGOZA.

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

RECIBIDO
DIC. 5 1977

JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA

MORBIMORT FET Y NEONAT CARDENAS 2

RESUMEN

El embarazo de 40 semanas de gestación o más ha creado diversidad de opiniones en cuanto a su diagnóstico, manejo y tratamiento (11). Se le ha atribuido una mayor incidencia de complicaciones maternas, fetales y neonatales; éstas se incrementan al aumentar las semanas de gestación. De etiología desconocida; su frecuencia oscila entre 2 y 15%.

Determinaremos los factores de riesgo, estableciendo medidas preventivas, realizando un protocolo de manejo con el fin de disminuir la morbimortalidad fetal y neonatal.

El estudio fué observacional, descriptivo y retrospectivo, con análisis estadístico realizado en el Hospital "I. Zaragoza"

Se revisaron 11787 pacientes, de 1994 a 1997 con embarazo de 40 semanas de gestación o más, excluyendo aquellas con alguna patología agregada (diabetes, cardiopatías, etc) con datos incompletos o embarazo resuelto por cualquier causa antes de las 40 semanas. 429 casos tuvieron amenorrea tipo I y 142 tipo II; con respecto a la edad materna, se obtuvo una media de 28.5 mediana de 26 y moda de 27.1, con un rango de 14 a 48 años; hubo mayor incidencia en primigestas (35%) Y sólo 225 pacientes se realizaron ultrasonido. La mayoría de los nacimientos fueron eutócicos (58.1%); la mayoría de los RN obtuvieron Apgar - de 6 y hubo 3 óbitos. El estado fetal presente y las condiciones cervicales determinarán la vía de nacimiento más adecuada.

Palabras clave: edad gestacional, morbilidad fetal, mortalidad fetal, morbilidad neonatal, mortalidad neonatal, estado fetal, condiciones cervicales.

MORBIMORT FET Y NEONAT CARDENAS 3.

ABSTRACT

A pregnancy that proceeds to 40 or more weeks' gestation has been diversity of opinions about diagnostic, management and treatment. Increased of maternal, fetal and neonatal complications are conferred them, and also increase when a pregnancy extends beyond 40 weeks. Etiology are unknown, and your frequency is 2 to 15 percent. Risk factors are determined, preventive dispositions and a management protocol, trend to reduce the fetal and neonatal morbidity and mortality rates. This study was a descriptive observational and retrospective review; the percentage was used for statistical analysis; the database were obtained from the Hospital "Ignacio Zaragoza". The study was conducted over the period from 1994 to 1997. In that period there were 11787 deliveries including 571 gestants who were overdue. Women were included with 40 or more weeks' gestation and were excluded if the pregnancy are complicated (diabetes and others). The pregnancy with amenorrhea type I, was 429 and type II, 142. Maternal age rank was from 14 to 48 years old; arithmetical mean, median and modal was 28.5, 26 and 27.1 respectively. Most incidence was observed in primigravida (35%); in only 225 cases ultrasound are made. Common birth way was vaginal (58%); most of the newborns are calificated with a low Apgar score (-6) and were reported 3 obits.

Fetal and cervical conditions should be valorated to choose the most adequated birth way.

Keywords: gestational age, fetal mortality, fetal morbidity, neonatal mortality, neonatal morbidity, fetal state, cervical conditions.

INTRODUCCION. _

El embarazo prolongado dentro de la práctica obstétrica diaria, es un problema perinatal de controversia desde su definición. Sin embargo, actualmente se le considera en las publicaciones existentes sobre el tema como: aquella gestación que va más allá de las 42 semanas o bien, más de 294 días a partir del primer día del último periodo menstrual (1,2,3,5,6,8,9,10,11,12,13,14,15).

La frecuencia del embarazo prolongado, si se incluyen todas las gestaciones "aparentemente prolongadas", es de alrededor del 10 al 15% ; con ayuda de la ecografía, restan un 5%, sin embargo, si únicamente se tienen en cuenta las gestaciones "patológicamente prolongadas, con recién nacidos afectados de dismadurez", entonces su incidencia es mucho menor, entre el 2 y 5% (1,2,3,4,9,11,12,13,14,15).

Las mujeres con embarazo prolongado tienen un 30% de posibilidades de volver a presentar un embarazo posttérmino, si ya han presentado 2 eventos de éstos, la posibilidad de presentar un tercer embarazo como los referidos, aumenta a 40% (1). Su etiología es desconocida, sin embargo se mencionan factores maternos, como la predisposición "genética": embarazos prolongados "de repetición o habituales", hipogonitalismo, enfermedades endócrinas; factores fetales como retraso "genético" del ritmo biológico del crecimiento, malformaciones -anencefalia, hidrocefalia-, aplasia o hipoplasia hipofisaria, y factores mixtos (desequilibrio estrógeno - progesterona, déficit de oxitocina, etc.) (14).

Para establecer que un embarazo es prolongado o de posttérmino, es necesario saber la edad gestacional. El dato clínico

MORBIMORT FET Y NEONAT CARDENAS 6

placentaria y del bienestar fetal. A fines de la década de 1950 y durante de década de 1960, algunos investigadores consideraban que todos los embarazos que duraban más de 40 a 42 semanas de gestación, estaban en riesgo suficiente para que se justificara la intervención(11).

Ya en 1896, Sprenkel observó que en los embarazos pasados del término, presentan complicaciones fetales y neonatales como macrosomía, distocia de hombros, daño al plexo braquial, neumonía por aspiración de meconio, desproporción cefalopélvica, trabajo de parto prolongado, sufrimiento y asfixia fetales, uso de fórceps, con valoración de Apgar menor de 6 hasta el 22% (4), RCIU y muerte intrauterina (1,3,4,5,8,9,10,11,13,14), así como complicaciones maternas como: aumento del trauma materno, hemorragia postparto, aumento de la incidencia de cesáreas hasta 27.8% (4,8,14), complicaciones intraoperatorias, infección de la herida quirúrgica, endometritis, etc. (1).

Sin embargo, en la actualidad se atribuye mayor riesgo sólo a subgrupos de embarazo prolongado; así, se tiene que 20 a 40% de los fetos de posttérmino, son postmaduros. Una condición que en hipótesis, es consecuencia del envejecimiento placentario (atrofia del sincitiotrofoblasto, vellosidades avasculares, depósitos fibrinoides, oclusión del espacio intervilloso al adherirse unas vellosidades con otras, formación de infartos, etc.) que condicionan una disminución crónica de los intercambios materno-fetales (4,6,8,11,14,15).

Los infantes postmaduros tienden a ser más pequeños; las complicaciones de la postmadurez, pueden incluir un aumento del riesgo de muerte, oligohidramnios(8), compresión del cordón umbilical, sufrimiento fetal y liberación de meconio en el

MORBIMORT FET Y NEONAT CARDENAS 7

líquido amniótico hasta en un 51% (4,8), aspiración de líquido del 13 al 46% (5) y complicaciones neonatales como hipoglicemia (10). Sin embargo poco se sabe sobre los factores de riesgo potenciales asociados con la mortalidad en los fetos postérmino. Algunos de los factores de riesgo identificados incluyen la hipertensión materna, diabetes, edad materna avanzada y primigravidez (6).

Los embarazos postérmino han sido considerados históricamente como un factor de riesgo por los resultados perinatales adversos en cuanto a morbilidad y mortalidad se refiere (1).

Antes de la introducción de las técnicas de vigilancia fetal, el embarazo prolongado había sido asociado con un incremento en la mortalidad perinatal (2,3,6,11), de 2 a 10 veces y un aumento en la incidencia de sufrimiento fetal de 2 a 4 veces, comparados con los embarazos a término (5), y de acuerdo a las semanas de gestación, las tasas de mortalidad perinatal aumentan después de la semana 40 al doble, en la semana 42, y a las 44 semanas, es de 4 a 6 veces mayor que las tasas de mortalidad de las gestaciones a término, especialmente durante el trabajo de parto (1,8,11,14).

El manejo del embarazo prolongado ha implicado una serie de evaluaciones de la edad gestacional, bienestar fetal y monitoreo fetal intraparto meticuloso, asegurando de ésta manera un trabajo de parto y eutocia sin traumatismo (11). Por lo anterior, se tratará de establecer la frecuencia del embarazo de 40 semanas de gestación o más y su morbimortalidad fetal y neonatal para disminuir sus tasas mediante normas y procedimientos, abatiendo con ello sus efectos negativos

MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron un total de 11787 pacientes que ingresaron a la unidad de tococirugía del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" para la resolución del embarazo, en el periodo comprendido del 1o. de Enero de 1994 al 1o. de Enero de 1997, de las cuales 571 pertenecían a embarazos con amenorrea prolongada; con amenorrea confiable o de tipo I, 429, y amenorrea no confiable o de tipo II, 142 y con éstos casos determinar su incidencia.

Se incluyeron pacientes con embarazo de 40 semanas de gestación con amenorrea tipo I y II (con fecha del primer día del último periodo menstrual inequívoco y dudoso, respectivamente); se excluyeron aquellas con patologías agregadas, como diabetes, cardiopatías, etc. con embarazos menores o mayores de 42 semanas; pacientes con expediente clínico incompleto, y aquellas cuyo embarazo fue resuelto antes de las 40 semanas por cualquier otra causa.

De acuerdo a la vía de nacimiento, éstas se dividieron en nacimientos por eutocia, distocia (fórceps) y cesárea.

Del total de embarazos, éstos se dividieron según el tipo de amenorrea, en confiable o tipo I, y no confiable o tipo II. Se estudió la edad materna en quinquenios y su correlación con la incidencia de dichos embarazos, así como por su paridad.

Se obtuvo la relación de las pacientes con y sin realización de ultrasonido. Así mismo, a los recién nacidos se les valoró por el método de Capurro para determinar su edad gestacional; en algunos de ellos, se utilizó la clasificación de

MORBIMORT FET Y NEONAT CARDENAS 9

Clifford si había datos de dismadurez.

Otro parámetro utilizado en los neonatos fue la calificación de Apgar al minuto y 5 minutos, tomando como división, un Apgar menor o mayor de 6, y se consignaron las muertes intrauterinas.

RESULTADOS.

De 11787 nacimientos consignados en los 3 años estudiados resultó que 571 nacimientos tenían diagnóstico de embarazo de 40 semanas o más de gestación, lo cual comprendió el 4.8%, el cual corresponde al reportado en la literatura mundial, observándose que 429 casos (75%) tenían amenorrea confiable o de tipo I, y 142 casos (25%) tenían amenorrea no confiable o de tipo II.

En cuanto a la vía de resolución de los embarazos, se observó que los nacimientos por eutocia fueron 332 (58.1%), parto con fórceps 24 (4.2%) y nacimientos por cesárea 215 (37.6%).

Con respecto a la edad, se obtuvo una media de 28.5, una mediana de 26 y una moda de 27.1 con un rango de 14 a 48 años, en grupos etáreos por quinquenios, en donde se observa que el mayor índice de embarazos de 40 semanas de gestación o más, se encontró en las pacientes de 25 a 29 años de edad, con un porcentaje del 36.2%, el segundo lugar fue ocupado por el grupo de 20 a 24 años, con una frecuencia del 25.5%, en tercer término se encuentran las pacientes entre los 30 a 34 años con una frecuencia del 19.9%, el grupo de pacientes que ocupa el cuarto lugar, es el de 35 a 39 años, con un porcentaje del 9.10%, y finalmente el resto de pacientes en conjunto nos dan un 9.24%.

MORBIMORT FET Y NEONAT CARDENAS 11

GRUPO DE EDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
DE 15 AÑOS	2	0.35%
15 A 19 AÑOS	40	7.15%
20 A 24 AÑOS	146	25.50%
25 A 29 AÑOS	207	36.20%
30 A 34 AÑOS	114	19.96%
35 A 39 AÑOS	52	9.10%
40 A 44 AÑOS	9	1.57%
45 Y MAS	1	0.17%

Dentro de la presente revisión se incluyó también la relación que existe entre el diagnóstico de embarazo prolongado con la paridad de las pacientes estudiadas, encontrándose que la mayor frecuencia se presenta en las primigestas con un 35% ;posteriormente encontramos a las secundigestas con una incidencia del 28.37% ;enseguida las tercigestas, ocupando un 21.55% y finalmente las pacientes multíparas con un 14.53%.

PARIDAD	No.DE CASOS	PORCENTAJE
PRIMIGESTAS	203	35.55%
SECUNDÍGESTAS	162	28.37%
TERCIGESTAS	123	21.55%
MULTIGESTAS	83	14.53%

Se realizó estudio de ultrasonido sólo a 225 pacientes

MORBIMORT FET Y NEONAT CARDENAS 12

(39.4%), y no se lo realizaron 346 pacientes (60,6%).

La morbimortalidad de los recién nacidos fue valorada por el APGAR al minuto y a los 5 minutos, como se observa en la tabla siguiente:

	APGAR AL MINUTO			APGAR A LOS 5 MINUTOS		
	EUTOCIA	CESAREA	FORCEPS	EUTOCIA	CESAREA	FORCEPS
> 6	7 (1.2%)	7 (1.22%)	2 (0.35%)	2 (0.37%)	1 (0.17%)	0 (0%)
< 6	327 (57.31%)	207 (36.25%)	21 (3.67%)	332 (58.14%)	213 (37.30%)	23 (4.02%)

MUERTE FETAL INTRAUTERINA SE REPORTARON 3 CASOS (0.52%)

Como podemos observar en la tabla anterior, existieron defunciones anteparto, lo cual es conveniente mencionar, ya que éstas pacientes no acudieron a control prenatal en su unidad correspondiente, y por lo tanto, no contaron con la vigilancia que el caso amerita.

Así mismo se encontró que se valoraron por CAPURRO 564 de los recién nacidos (98.7%) y sólo 7 no se valoraron (1.3%).

Se encontró que un total de 474 recién nacidos fueron calificados como de término, de los cuales 287 fueron obtenidos por vía vaginal y 187 por vía abdominal. Hubo 56 recién nacidos de término de peso bajo para su edad gestacional; se obtuvieron 45 por vía vaginal y 11 por cesárea. Para el caso de los recién

MORBIMORT FET Y NEONAT CARDENAS 13

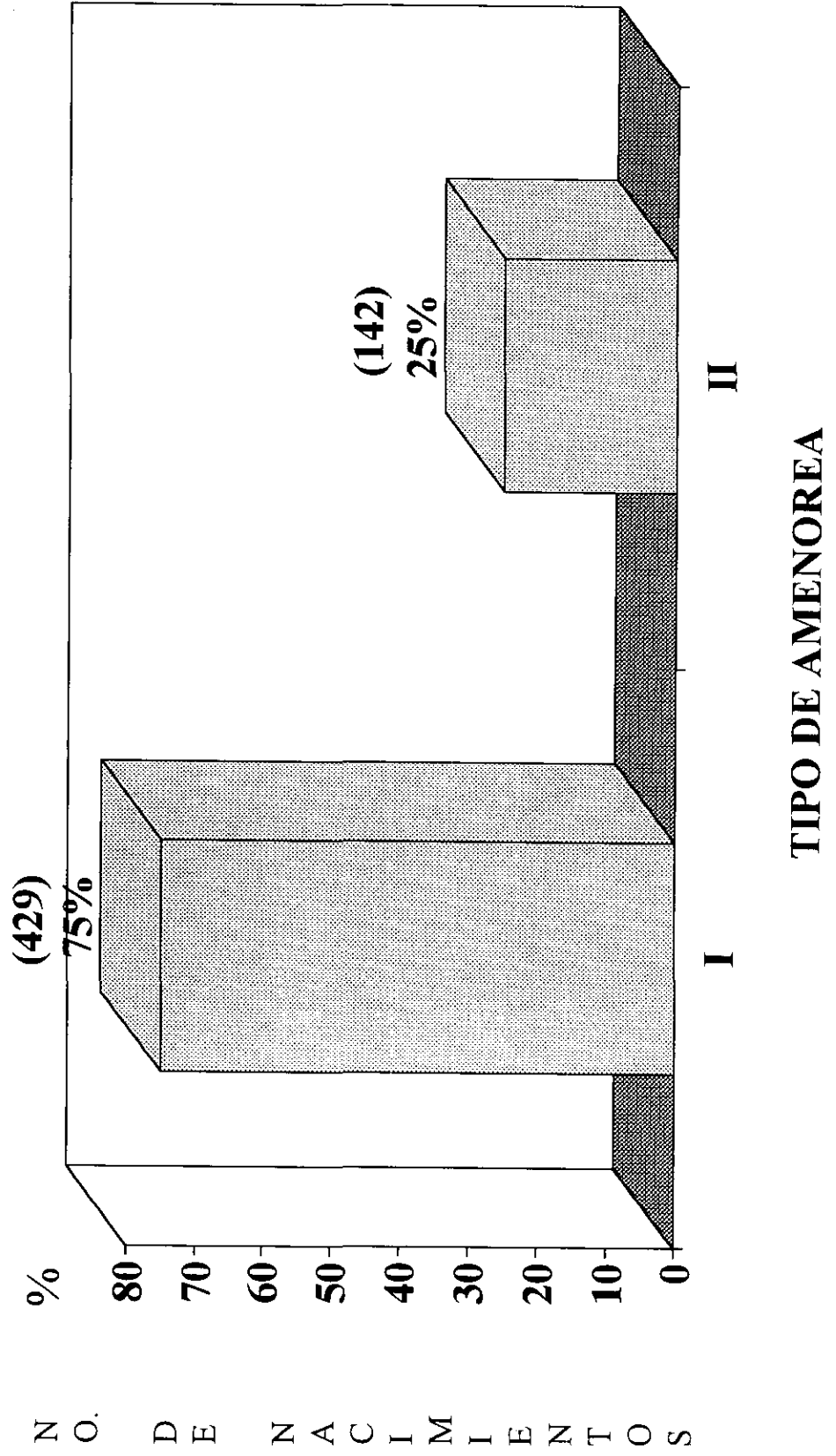
nacidos de término con peso excesivo para su edad gestacional, se obtuvieron 12; por eutocia 8, por cesárea 4. Los productos calificados como recién nacidos postérmino con peso adecuado fueron 17; por vía vaginal 10, y por vía abdominal 7; y con peso bajo 12, por eutocia 6, por cesárea 6.

Se completó dicha valoración de POSTERMINO por medio de los signos presentes de dismadurez en el neonato, o Síndrome de CLIFFORD, siendo un total de 29; los que presentaron según la clasificación mencionada, un Clifford I, fueron 25 recién nacidos, y un Clifford II, 4.

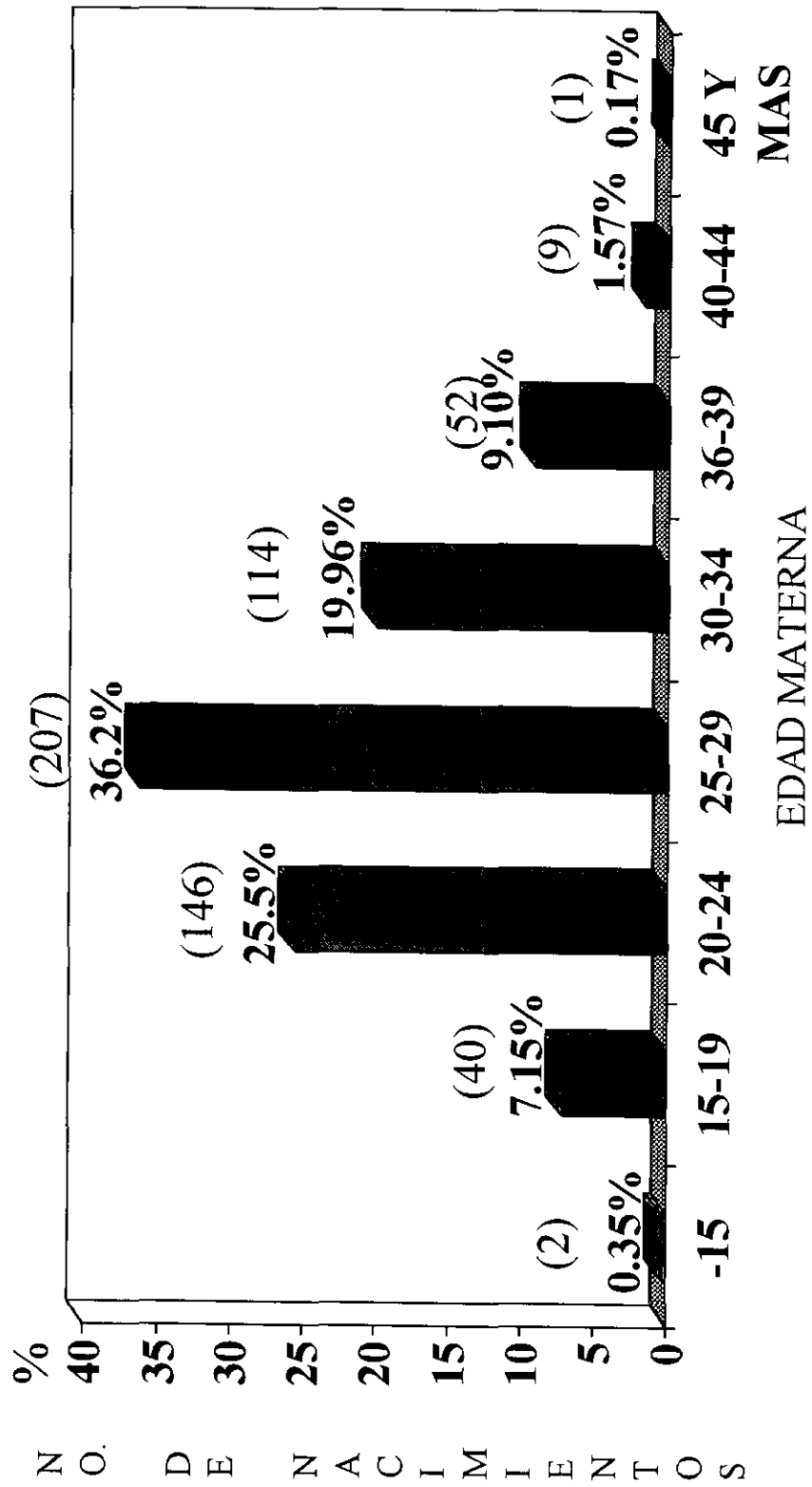
Las complicaciones maternas y del Recién Nacido, fueron:

COMPLICACIONES MATERNAS		COMPLICACIONES DEL R.N.	
PREECLAMPSIA	7	BAJA RESERVA F/SFA	24
R ₁ H NEGATIVO	1	MACROSOMIA	14
OLIGOHDDRAMNIOS	7	CAPUT	8
POLIHIDDRAMNIOS	3	ASFIXIA	6
EXPULSIVO PROLONGADO	8	Sx. DIFIC. RESP.	6
R.P.M.	19	HIPOGLICEMIA	4
FALTA DE PROG. TDP	13	Sx. ASP. DE MECONIO	3
P. INTERGEN. CORTO	6	ENCEFALOPATIA	2
D.C.P.	56	DESNUTRIDO IN UTERO	2

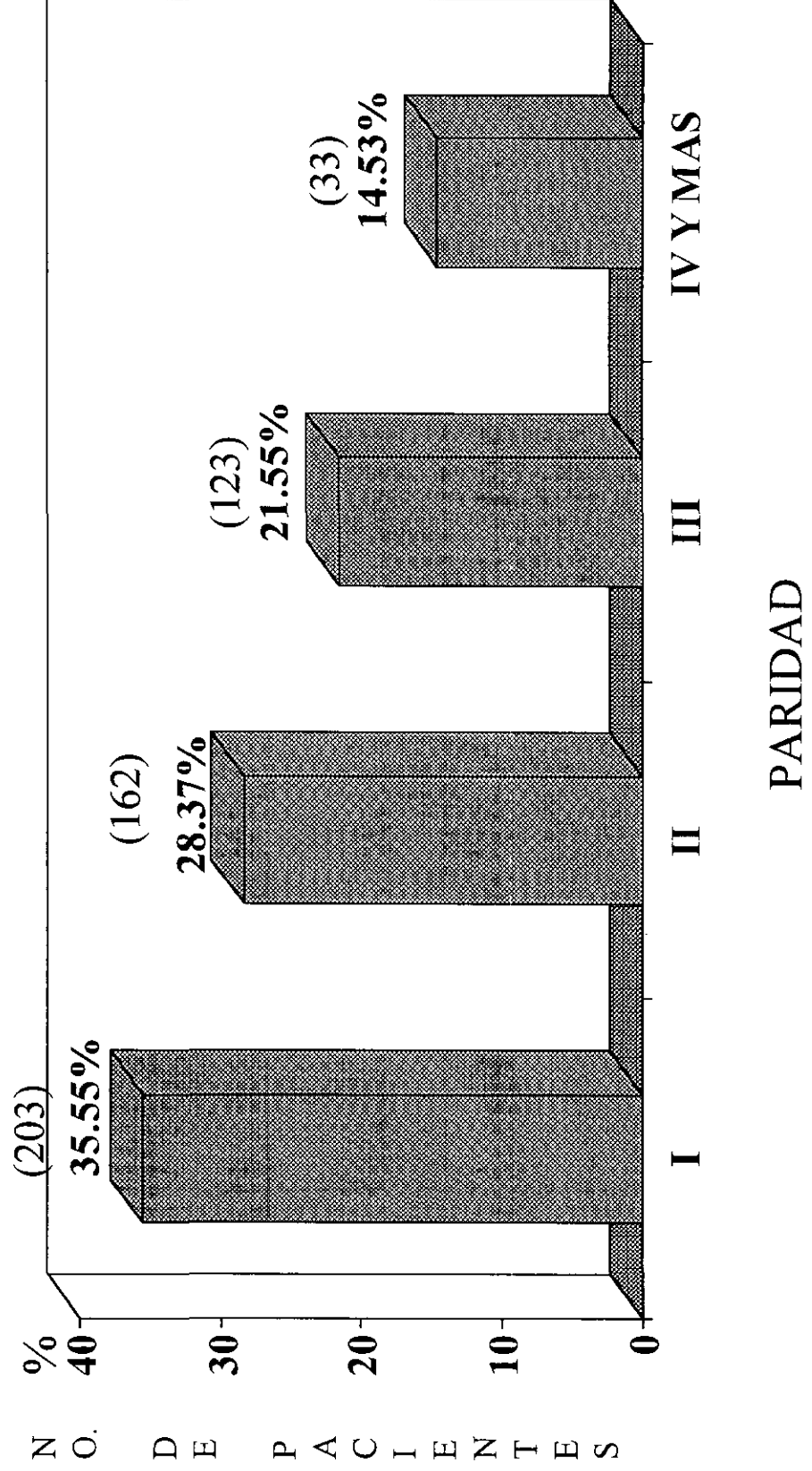
GRAFICA I
RELACION DE NACIMIENTOS CON RESPECTO AL TIPO DE
AMENORREA



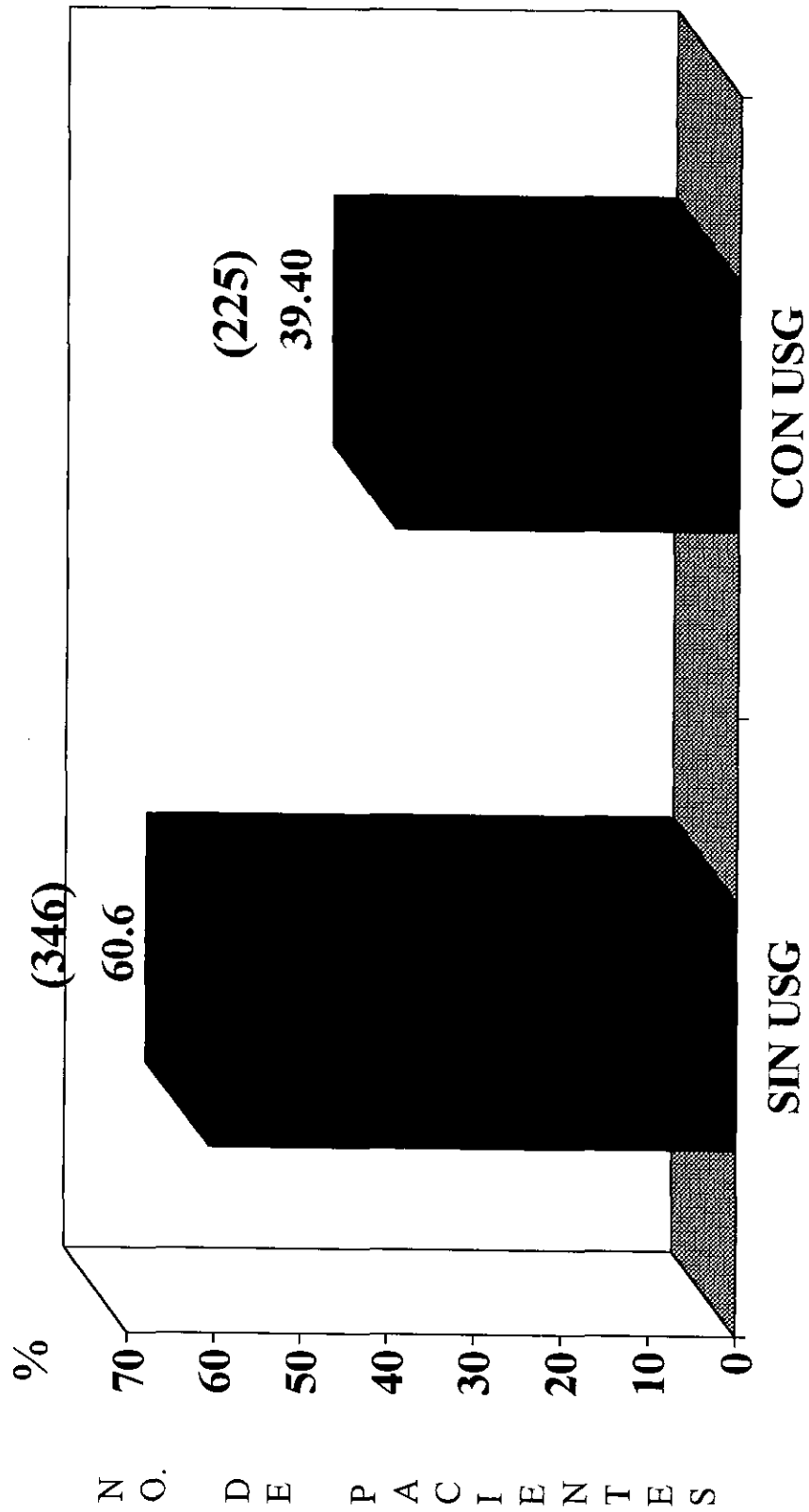
GRAFICA II
 PORCENTAJE DE NACIMIENTOS SEGÚN LA EDAD MATERNA



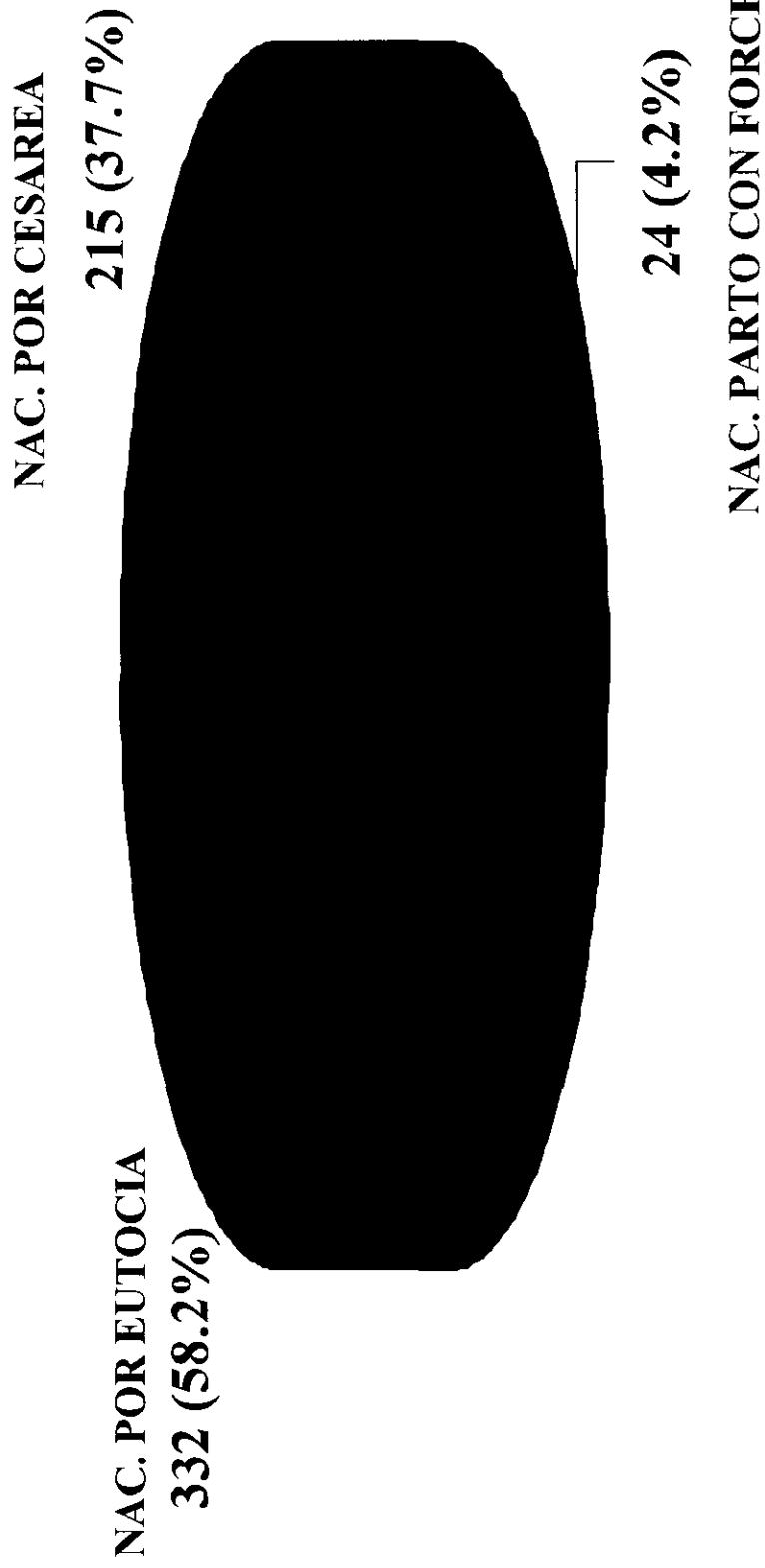
GRAFICA III
PORCENTAJE DE EMBARAZOS PROLONGADOS
CON RESPECTO A LA PARIDAD



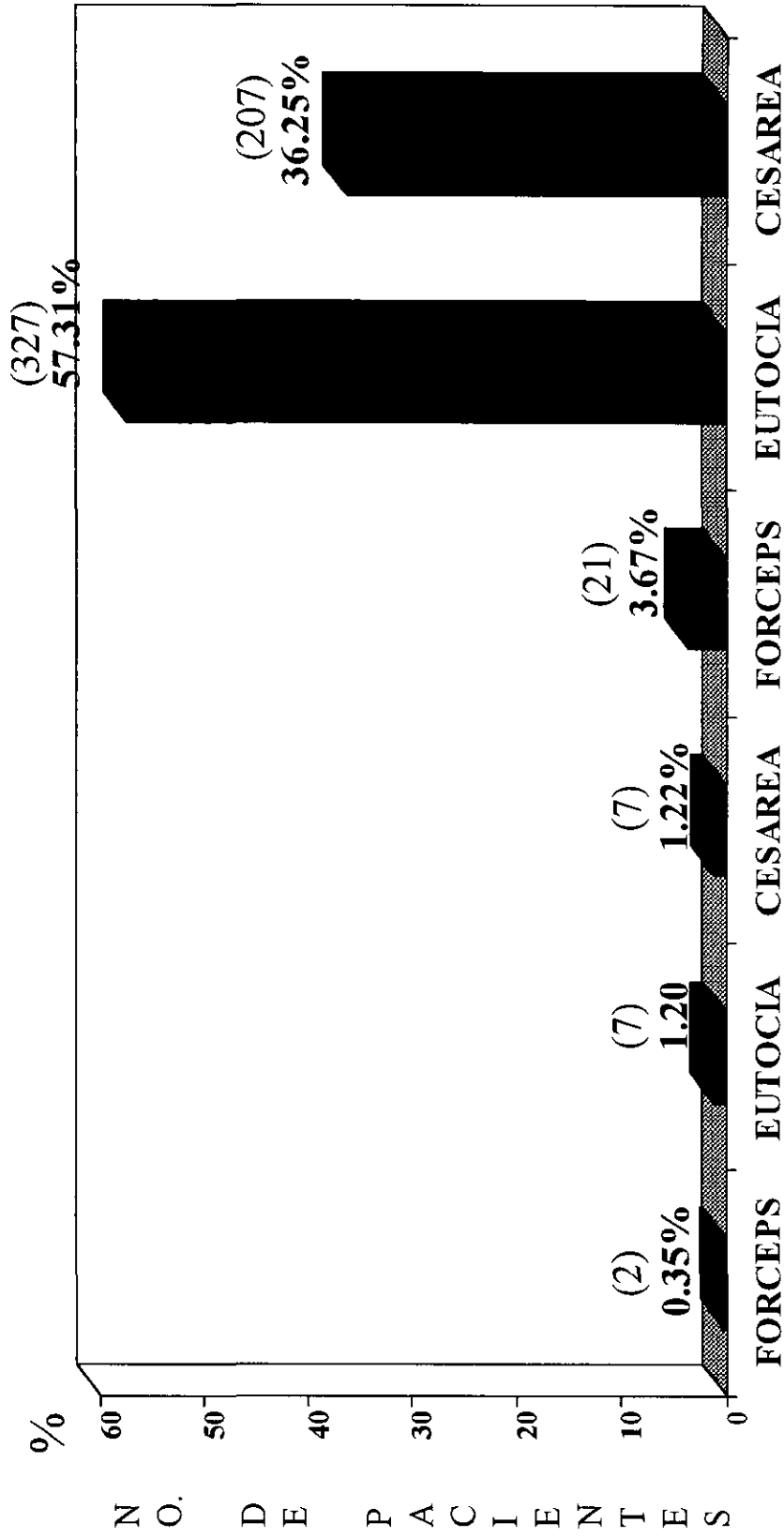
GRAFICA IV
RELACIÓN DE PACIENTES CON EMBARAZOS PROLONGADOS
CORROBORADOS CON USG



GRAFICA V
PORCENTAJE DE NACIMIENTOS: SEGÚN LA VIA DE RESOLUCIÓN

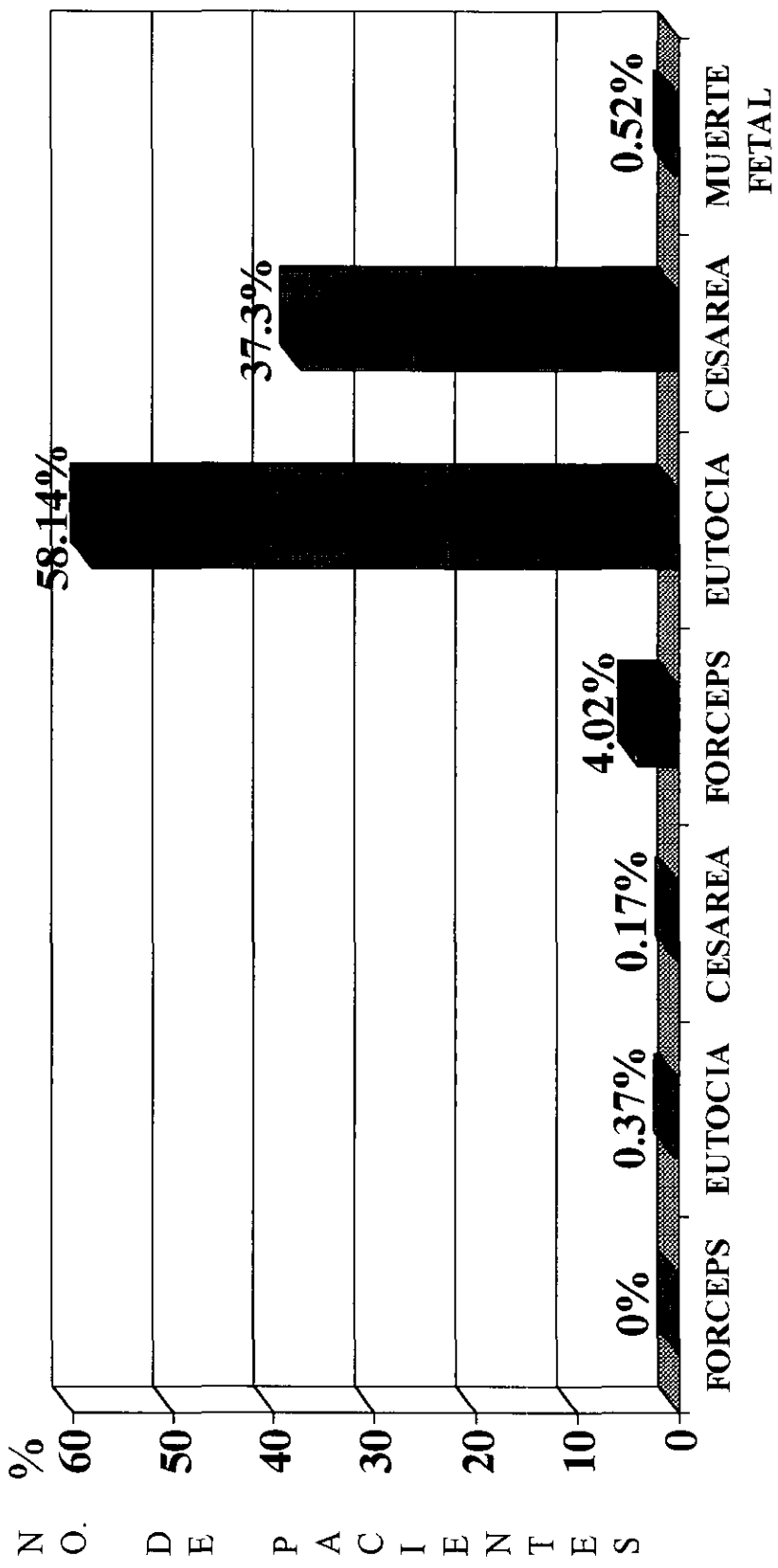


GRAFICA VI
 PORCENTAJE DE CALIFICACIÓN DE APGAR > DE 6 Y < DE 6 AL
 MINUTO, EN RELACIÓN A LA VÍA DE RESOLUCIÓN



APGAR > 6 MIN APGAR < 6 MIN

GRAFICA VII
 PORCENTAJE DE CALIFICACIÓN DE APGAR > DE 6 Y < 6 A LOS 5
 MINUTOS; EN RELACION A LA VIA DE RESOLUCION

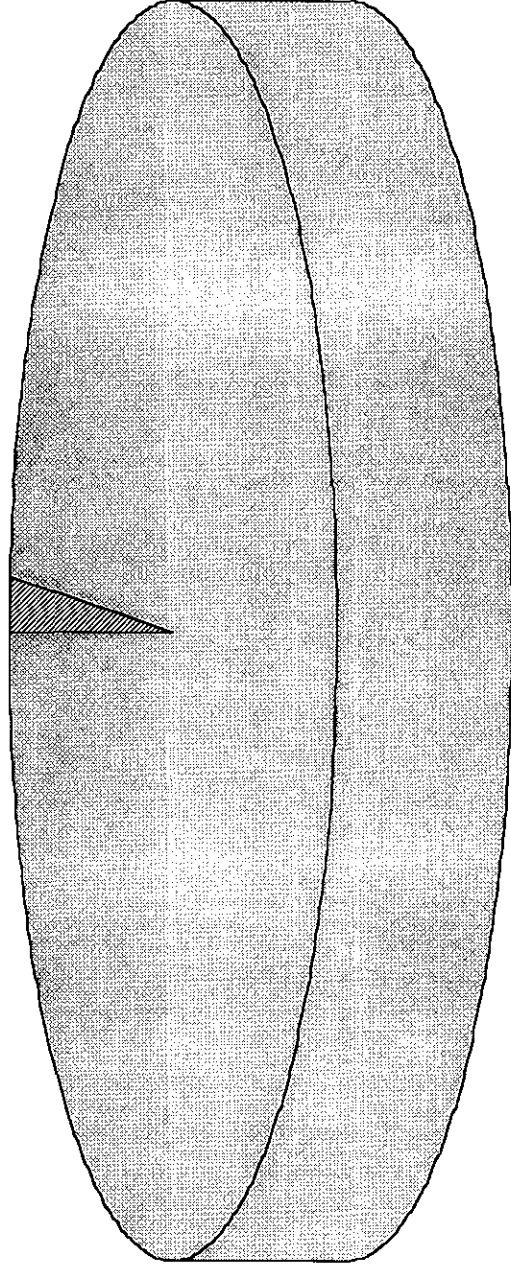


APGAR > 6 APGAR < 6

GRAFICA VIII
NACIMIENTOS VALORADOS POR METODO DE CAPURRO

NO VAL. POR CAPURRO 7

(1.4%)



(98.6%)

VAL. POR CAPURRO 564

CONCLUSIONES.

La prolongación de la gestación después del término (38 a 42 semanas) es un problema común de asistencia en obstetricia clínica. La posmadurez es un síndrome acompañado de datos clínicos clásicos en un subgrupo de neonatos que nacen después de término. La importancia clínica de éste síndrome se relaciona primordialmente con la morbilidad acompañante, que se puede incrementar conforme progresa el embarazo después de la semana 40.

Los problemas clínicos básicos son: 1) establecer un programa de vigilancia al feto en riesgo, después de la semana 40 de gestación, ya que de acuerdo a la probabilidad de tener un APGAR menor de 6 aumenta, y 2) determinar la vía de nacimiento previa valoración del estado fetal presente y de las condiciones cervicales. Un problema adicional consiste en identificar los embarazos que se califican falsamente como "prolongados" por los medios tradicionales (13).

La asistencia debe volver mínimo el riesgo de morbilidad y mortalidad fetales y neonatales. Es posible lograr éstas finalidades en la mayor parte de los casos, pero sólo si se hacen los esfuerzos necesarios para establecer la verdadera edad gestacional al principio del embarazo, y vigilar el estado fetal en las pacientes que están verdaderamente pasadas del término, mediante el apoyo de la clínica y de la utilización de la tecnología, como lo son el cardiotocógrafo (monitoreo fetal) y el ultrasonido (1).

Con el curso del tiempo, los métodos seguros de la inducción del trabajo de parto han sido sugeridos a fin de que todos los embarazos sean inducidos a las 42 semanas de gesta-

ción(6).

A través de varios parámetros de ultrasonido, pruebas sin stress, movimiento fetal, perfil biofísico, TODO permaneciendo dentro de límites normales, la inducción del trabajo de parto puede por lo tanto no ser necesaria (3).

La introducción de políticas cada vez más avanzadas del manejo clínico del embarazo postérmino incluye las pruebas anteparto, monitorización electrónica intrparto, y cuidados neonatales, los cuales reflejan cambios en la mortalidad de los nacimientos postérmino, al disminuir ésta (2).

El tiempo del parto en el embarazo postérmino varía desde la rutina de la inducción del trabajo de parto al esperar la iniciación espontánea de éste, mientras tanto, se estima el bienestar fetal por medio de la monitorización fetal electrónica (14), -P.S.S.-, prueba de tolerancia a las contracciones, estimación por ultrasonido (perfil biofísico) y otros como el estimulador vibroacústico (E.V.A) (4).

El PERFIL BIOFÍSICO es primariamente usado para estimar el estado fetal cuando el escrutinio en la prueba sin stress es NO REACTIVA o equívoca. El perfil biofísico consiste en la prueba sin stress y la evaluación por ultrasonido de: la medición del volumen del líquido amniótico, tono fetal, movimientos fetales y respiratorios. Un plan definitivo de estimación del embarazo prolongado debe reducir el riesgo de morbilidad materna, fetal y neonatal (1).

El manejo del embarazo postérmino es por tanto, controversial. El centro de la controversia radica en si el feto está en mayor riesgo de deterioro si la gestación aumenta.

MORBIMORT FET Y NEONAT CARDENAS 16

Se usan a menudo dos esquemas de manejo en el embarazo postérmino. En uno el embarazo se permite que prosiga hasta las 42 semanas o más. Se induce el trabajo de parto si el cérvix está borrado, dilatado o ambos, utilizando el INDICE DE BISHOP (1,5), o si ocurre compromiso fetal. La condición fetal es evaluada regularmente por varias técnicas. En el segundo esquema, el trabajo de parto se induce agresivamente a las 42 semanas o antes (8). Los agentes para la maduración cervical como las prostaglandinas, se usan para preparar el cuello, y si es necesario, se usan la oxitocina y la amniotomía (1,5).

La inducción del trabajo de parto, emerge como un medio para reducir los riesgos perinatales en el embarazo prolongado (5). Hannah y cols. no encontraron diferencia en el riesgo de morbilidad y mortalidad perinatales entre los 2 métodos, sin embargo concluyen que una política de inducción del trabajo de parto en el embarazo postérmino, puede disminuir la pérdida perinatal y resultar en una tasa menor de cesáreas (4,7,).

El mejoramiento del pronóstico del embarazo postérmino es debido a la eficacia de la monitorización fetal electrónica y el ultrasonido haciendo posible la identificación del sufrimiento fetal, así como el uso de prostaglandinas para la maduración cervical e inducir el trabajo de parto exitosamente en la mayoría de los casos (4).

Consecuentemente, Kaplan y cols, piensan que el feto se epne con la existencia intrauterina continuada (4,10), así mismo al obtener excelentes resultados con la inducción del trabajo de parto, éstas justifican el aprovechamiento del

MORBIMORT FET Y NEONAT CARDENAS 17

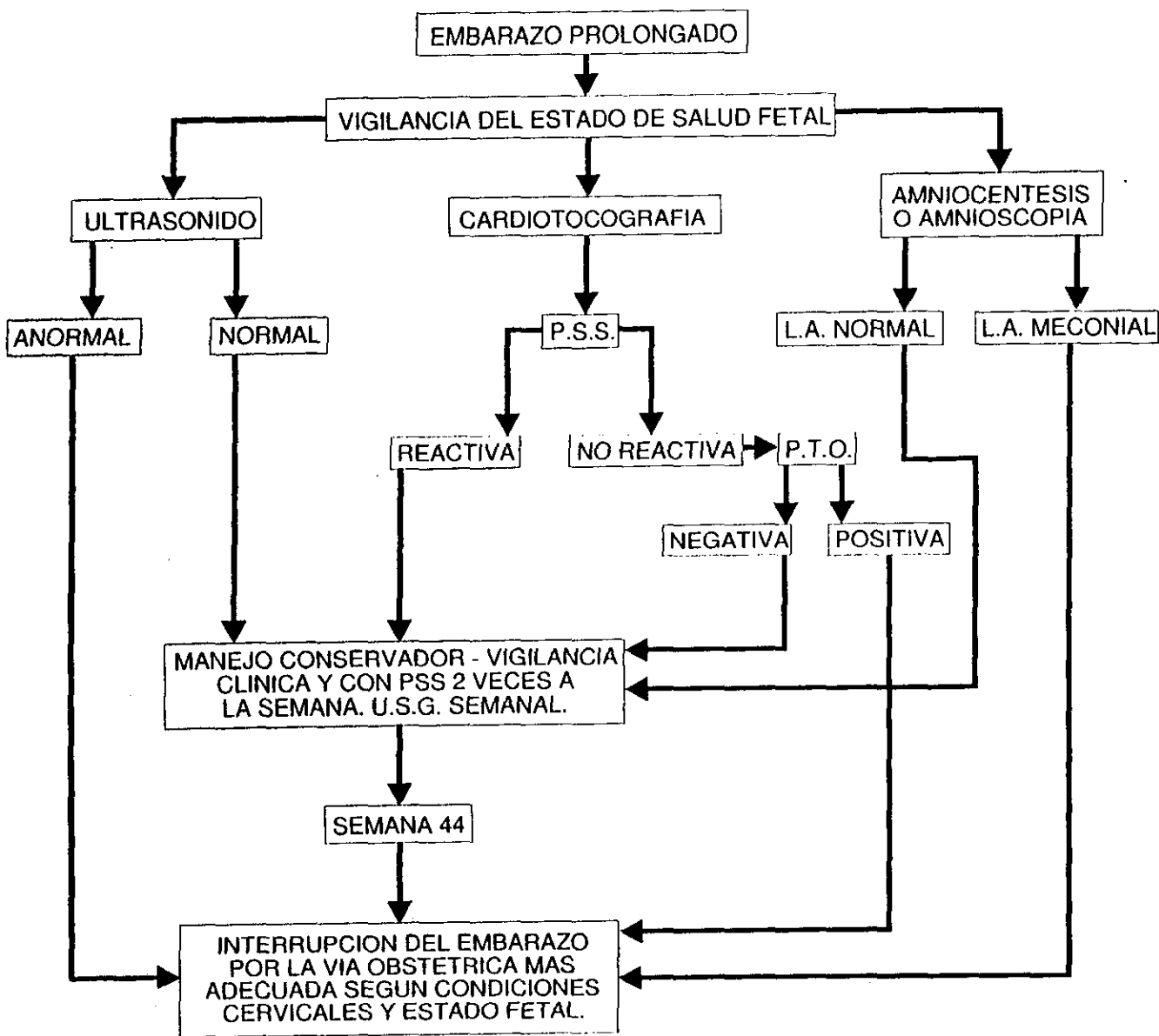
la misma. La rutina de la inducción del trabajo de parto en el embarazo postérmino puede reducir la morbilidad perinatal como indican reportes previos y se ha confirmado en el trabajo del autor ya citado (4).

Sin embargo, si al realizar la monitorización fetal ante o intraparto, en ésta hay alguna alteración o hay datos de sufrimiento fetal (10), o bien, si cuenta con Bishop desfavorable para la inducción del trabajo de parto (1,5), se realizará la operación cesárea (11,12,13).

Por tanto, y con lo anteriormente expuesto, podemos establecer un protocolo de manejo para las pacientes con embarazos de 40 semanas de gestación o más (15), utilizando los recursos existentes en nuestro hospital, de manera óptima, realizándose en éstas pacientes la serie de estudios mencionados anteriormente, para una buena vigilancia fetal, pretendiendo con ello disminuir sus complicaciones, y por ende, las tasas de morbilidad y mortalidad fetales y neonatales, brindando a nuestra derechohabiente una mayor calidad de atención médica.

ANEXO 1

FLUJOGRAMA CON LAS ALTERNATIVAS DE MANEJO



BIBLIOGRAFIA.

1. McMahon MJ, Kuller JA, Yankowitz J. Assessment of the post-term pregnancy. *Am Fam Phys* Aug 1996;54(2):631-636.
2. Fabr e E, González de Agüero R, De Agustín JL, Tajada M, Repollés S, Sanz A. Perinatal mortality in term and post-term births. *J Perinat Med* 1996;24(2):163-169.
3. Abotalib ZM, Soltan MH, Chowdhury N, Adelus B. Obstetric outcome in uncomplicated prolonged pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 1996;55:225-230.
4. Kaplan B, Goldman GA, Peled Y, Hecht-Resnik R, Neri A, Ovadia J. The outcome of post-term pregnancy. A comparative study. *J Perinat Med* 1995;23(3):183-189.
5. The National Institute of Child Health and Human Development. Network of Maternal-Fetal Medicine Units. A clinical trial of induction of labor versus expectant management in postterm pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* Mar 1994; 170(3):716-723.
6. Campell MK, Ostbye T, Irgens LM. Post-term birth: Risk factors and outcomes in a 10-year cohort of Norwegian births. *Obstet Gynecol* April 1997;89(4):543-548.
7. Hannah ME, Hannah WJ, Willan A. Comment on the effectiveness of induction of labor for postterm pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* January 1995;172(1):240-241.
8. Sokol RJ, Jones TB, Pernoll ML. M todos de valoración para el embarazo con riesgo. Complicaciones del embarazo tard o. De Cherney, Alan H. Eds. *Ginecología y Obstetricia, Diagnóstico y Tratamiento*. Trad. 7a. ed. México; El Manual Moderno, 1997. pp 333-416.

MORBIMORT FET Y NEONAT CARDENAS 19

9. Haesslein HC. Enfermedades del crecimiento fetal. Niswander, Kenneth R. Eds. Manual de Obstetricia. Diagnóstico y tratamiento. 3a. ed. Barcelona; Editorial Salvat, 1990; pp 303-310.
10. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, (editors): Williams Obstetrics. 19 th ed. Appleton and Lange; 1993. pp 856-860.
11. Queenan John T. Atención del Embarazo de Alto Riesgo. México; El Manual Moderno, 1987. pp 418-432.
12. Schwarcz Ricardo L. Obstetricia. 4a. ed. 5a. Reimpresión. Argentina; El Ateneo, 1992. pp 205-207.
13. Villanueva Alba A. Incidencia y manejo del embarazo prolongado. México; 1994. pp 5-45.
14. Carrera JM, Mallafré J, Manubens M. Embarazo Prolongado. Carrera JM. Obstetricia. Barcelona; Editorial Salvat, 1984. pp 179-192.
15. Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología. Instituto Nacional de Perinatología. 1994.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**