



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11217
2
2#J

CENTRO MEDICO NACIONAL
20 DE NOVIEMBRE

I.S.S.S.T.E.



"ELABORACION DE UN PERFIL DIAGNOSTICO DE DISMADUREZ FETAL EN EMBARAZO PROLONGADO".

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE

GINECO OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. ROSENDO ACOSTA SERNA

ASESOR:

DR. JULIO LABANZAT MARTINEZ



ISSSTE

MEXICO, D. F.

ENERO DE 1995

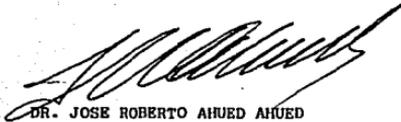
UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

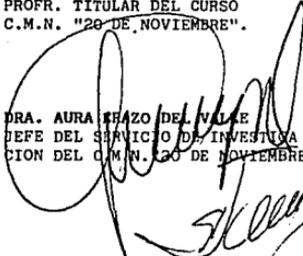
Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



DR. JOSE ROBERTO AHUED AHUED
COORDINADOR DE LA DIVISION
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.
PROFR. TITULAR DEL CURSO
C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE".



DRA. AURA ERAZO DEL VALLE
JEFE DEL SERVICIO DE INVESTIGA
CION DEL C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE"



DR. EDUARDO LLAMAS GUTIERRRZ
COORDINADOR DEL SERVICIO
DE ENSEÑANZA DEL C.M.N. -
"20 DE NOVIEMBRE".



JEFATURA
DE ENSEÑANZA

DR. JULIO LABANZAT MARTINEZ
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA DIVISION
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA,
C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE".
ASESOR DE TESIS.

CON RESPETO Y AGRADECIMIENTO
AL MAESTRO DR. JOSE ROBERTO
AHUED AHUED.

AL DR. JULIO LABANZAT MARTINEZ
POR SU AMISTAD Y ENSEÑANZA
EN LA REALIZACION DE ESTA TESIS.

A MI MADRE, MI PADRE (Q.E.P.D.)
Y MIS HERMANOS.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS.

I N D I C E

I.- INTRODUCCION	1
II.- HIPOTESIS	4
III.- JUSTIFICACION	4
IV.- OBJETIVO	5
V.- MATERIAL Y METODOS	5
VI.- RESULTADOS	9
VII.- DISCUSION	10
VIII.- CONCLUSIONES	11
IX.- BIBLIOGRAFIA	12

ELABORACION DE UN PERFIL DIAGNOSTICO DE DISMADUREZ FETAL EN EMBARAZO PROLONGADO, VIA DE RESOLUCION OBSTETRICA MAS FRECUENTE.

1.- INTRODUCCION .

DEFINICION.

Embarazo prolongado o de postérmino, ha sido definido como aquél que rebasa las cuarenta y dos semanas de amenorrea (294 días) calculados a partir del primer día de la fecha de la última menstruación. (F.I.G.O.).

SAHS: Embarazo que rebasa las cuarenta y una semanas de amenorrea (287 días) a partir del primer día de la fecha de la última menstruación. (9,11,29, 32). El diagnóstico de embarazo prolongado se establece en base a la estimación precisa de la edad gestacional, lo cual se puede obtener a través de fechas obstétricas veraces, y/o ultrasonido (2).

SINONIMIA

Varios términos se han usado para denominar esta entidad, algunos de los mas usuales son:

Embarazo con amenorrea prolongada.

Embarazo de postérmino.

Postdatismo. (11)

En cambio los términos de postmadurez, hipermadurez y síndrome de Clifford quedan englobados dentro de los diagnósticos pediátricos. (11)

DATOS HISTORICOS

La prolongación del embarazo fué propuesta por vez primera por Gellius Aulus en el año 130 D.C. Posteriormente el emperador romano Adriano (76-138 D.C.) determinó que once meses eran el límite de la paternidad legal.

Los egipcios consideraron el embarazo prolongado como sobrenatural. Ballantyne señaló el efecto nocivo para el producto y en el año de 1945 Clifford bajo el título de postmadurez comunica sus hallazgos de 46 casos de productos obtenidos de embarazos prolongados. (11)

INCIDENCIA

La información de embarazos prolongados varía entre 5 y 15 % de todos los embarazos (9,11). El riesgo de recurrencia a un embarazo prolongado es de 50 % (37). Las primigravidas jóvenes y añosas parecen tener cierta predisposición a embarazos prolongados (9), en aquella mujer con antecedente de amenaza de aborto (37).

ETIOLOGIA

En vista del desconocimiento de la etiología del embarazo prolongado, se ha mencionado la asociación de diversos factores en relación con esta entidad clínica, entre los cuales se encuentran:

- 1.- Insuficiencia placentaria
- 2.- Insuficiencia adrenocortical fetal
- 3.- Primigravidez
- 4.- Malposiciones fetales
- 5.- Malformaciones congénitas
- 6.- Desproporción céfalo-pélvica
- 7.- Aumento de la inmunotolerancia materna
- 8.- Ovulación e implantación retardada
- 9.- Crecimiento fetoplacentario retardado
- 10.- Edad, factores geográficos, raciales y niveles de vida (2,9,11,38)

De todos los factores mencionados se le ha dado mayor importancia a los dos primeros sin ser definitivamente los responsables del embarazo prolongado.

ALTERACIONES EN EL FETO POSTMADURO

- 1.- Detención del crecimiento (solo pelo y uñas continúan)
- 2.- Hipoplasia adrenal
- 3.- Disminución de los niveles de hemoglobina
- 4.- Disminución de captación de oxígeno por la placenta
- 5.- Disminución del aporte de oxígeno al feto
- 6.- Disminución de la concentración de oxígeno en la vena umbilical (11).

CAMBIOS PATOLOGICOS PLACENTARIOS EN EL EMBARAZO PROLONGADO.

- 1.- Aumento en el grosor de la membrana basal del epitelio coriónico, con disminución del diametro de las vellosidades.
- 2.- Reducción en el tamaño del espacio interveloso en el 50 % de los casos debido al depósito de fibrina.
- 3.- Disminución en el número de capilares vellosos con trombosis de los vasos de las vellosidades y cambios hialinos en las paredes de los mismos.
- 4.- Incremento de focos de fibrosis, formaciones quísticas y calcificaciones.
- 5.- Síncitio parcialmente perdido, proliferación de las células citotrofoblásticas, vacuolización de las células sincitiales. (9, 11, 38)

ETIOLOGIA

En vista del desconocimiento de la etiología del embarazo prolongado, se ha mencionado la asociación de diversos factores en relación con esta entidad clínica, entre los cuales se encuentran:

- 1.- Insuficiencia placentaria
- 2.- Insuficiencia adrenocortical fetal
- 3.- Primigravidez
- 4.- Malposiciones fetales
- 5.- Malformaciones congénitas
- 6.- Desproporción céfalo-pélvica
- 7.- Aumento de la inmunotolerancia materna
- 8.- Ovulación e implantación retardada
- 9.- Crecimiento fetoplacentario retardado
- 10.- Edad, factores geográficos, raciales y niveles de vida (2,9,11,38)

De todos los factores mencionados se le ha dado mayor importancia a los dos primeros sin ser definitivamente los responsables del embarazo prolongado.

ALTERACIONES EN EL FETO POSTMADURO

- 1.- Detención del crecimiento (solo pelo y uñas continúan)
- 2.- Hipoplasia adrenal
- 3.- Disminución de los niveles de hemoglobina
- 4.- Disminución de captación de oxígeno por la placenta
- 5.- Disminución del aporte de oxígeno al feto
- 6.- Disminución de la concentración de oxígeno en la vena umbilical (11).

CAMBIOS PATOLOGICOS PLACENTARIOS EN EL EMBARAZO PROLONGADO.

- 1.- Aumento en el grosor de la membrana basal del epitelio coriónico, con disminución del diametro de las vellosidades.
- 2.- Reducción en el tamaño del espacio interveloso en el 50 % de los casos debido al depósito de fibrina.
- 3.- Disminución en el número de capilares vellosos con trombosis de los vasos de las vellosidades y cambios hialinos en las paredes de los mismos.
- 4.- Incremento de focos de fibrosis, formaciones quísticas y calcificaciones.
- 5.- Sincitio parcialmente perdido, proliferación de las células citotrofoblásticas, vacuolización de las células sincitiales. (9, 11, 38)

El embarazo prolongado es asociado con un incremento en la incidencia de lesiones placentarias, hipoxia fetal, asfixia, retardo en el crecimiento intrauterino, macrosomia, meconio, síndrome de aspiración de meconio y muerte fetal. El embarazo prolongado es considerado causa común de asfixia intraparto. La incidencia de anomalías congénitas asociadas a esta patología ha sido documentada hasta 2.5 % siendo los del sistema nervioso central los que más predominan y los de más mortalidad perinatal. (7, 8, 13, 33).

SINDROME DE CLIFFORD

ESTADIO I

Se presenta en el 31 % de los postmaduros con morbilidad del 31 % dada por la insuficiencia respiratoria leve.

- a).- Vermix caseoso escaso
- b).- Piel macerada, seca, descamada y apergamada
- c).- Ausencia de meconio
- d).- Desnutrición (niño con aspecto de viejo, largo-delgado)
- e).- Mirada alerta.

ESTADIO II

Se presenta en el 29.7 % de los casos, con morbilidad del 36 %. Dos de cada tres productos, presentan aspiración de meconio y uno de cada tres presenta daño cerebral.

- a).- Los cambios anotados en el estadio I
- b).- Meconio
- c).- Tinción meconial de la piel, membranas y cordón umbilical.

ESTADIO III

Se presenta en el 35.1 % de los casos, con una mortalidad del 15 % por insuficiencia respiratoria.

- a).- Los cambios de los estadios I y II
- b).- Meconio amarillo brillante, que impregna la piel, membranas, cordón umbilical y placenta. (11 y 36)

Por el riesgo que la dismadurez representa para la salud de la población perinatal, se ha estudiado la asociación entre diferentes hallazgos clínicos de las pruebas diagnósticas utilizadas para evaluar el bienestar fetal en pacientes con embarazo prolongado y la futura aparición de dismadurez. Para así intervenir temprana y oportunamente, la dificultad estriba en que la dismadurez es un síndrome clínico cuyo diagnóstico único actual es la evaluación clínica del recién nacido, de tal manera que se intenta detectarlo indirectamente o predecirlo en forma temprana in-utero, ya que así se podría ofrecer una indicación veraz y directa de resolución del embarazo.

Se ha reportado que el oligohidramnios evaluado a través del ultrasonido es capaz de detectar dismadurez con un 85.7 % de sensibilidad y 94.8 % de especificidad, con 90.0 % de predictibilidad positiva, y 92.2 % de predictibilidad negativa.

La prueba sin stress con sensibilidad de 23.8 %, especificidad 94.8 %, valor predictivo positivo 71.4 %, valor predictivo negativo 69.8 %.

El grado III de madurez placentaria con un 100 % de sensibilidad, 11 % de especificidad, 21 % de predictibilidad positiva y 100 % de predictibilidad negativa (19).

Actualmente el manejo del embarazo prolongado permanece aún en controversia. Se refiere a que a las 42 semanas de gestación (294 días desde el primer día de la última menstruación) el embarazo debe ser interrumpido con inducción de trabajo de parto, si es que no existe ninguna contraindicación.

Sin embargo ante la presencia de un cérvix desfavorable y alteraciones en la monitorización de la condición fetal, la indicación de resolución del embarazo y tiempo de intervención varían considerablemente entre autoridades bien reconocidas en el campo del alto riesgo obstétrico (8,10,12 y 30).

2.- HIPOTESIS DEL ESTUDIO.

Las siguientes hipótesis fueron formuladas:

Oligohidramnios se asocia con dismadurez.

Grado II y III de madurez placentaria se asocia a dismadurez.

Líquido meconial se asocia a dismadurez.

Alteraciones en el registro cardiotocográfico sin stress se asocia a dismadurez.

Alteraciones en el registro cardiotocográfico de la prueba de las contracciones se asocia con dismadurez.

Vía de resolución obstétrica más frecuente es la cesarea.

3.- JUSTIFICACION.

Con la finalidad de abordar una patología que implica alto riesgo perinatal y estrecha vigilancia fetal, que se observa con frecuencia en el servicio de medicina perinatal, del Hospital General Tacuba, ISSSTE., se plantearon las siguientes preguntas: ¿ Hay algún hallazgo patológico evaluado a través de las pruebas diagnósticas capaz de predecir dismadurez en pacientes con embarazo prolongado ? Si es así, ¿ Cual prueba lo predice con mayor sensibilidad diagnóstica ? ¿ Es posible establecer un protocolo de manejo ?. De esta manera se formuló el siguiente proyecto de investigación con los siguientes objetivos.

4. OBJETIVO.

- 1.- Determinar si un hallazgo patológico (alteración en el volumen y aspecto del líquido amniótico) en madurez placentaria y en registro cardiotocográfico, amniocentesis y/o cardiotocografía, se asocia a dismadurez en pacientes con embarazo prolongado.
- 2.- Calcular la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo con respecto a dismadurez de las pruebas diagnósticas ultrasonográficas, cardiotocográficas en pacientes con embarazo prolongado.
- 3.- Establecer recomendaciones para un protocolo de manejo de pacientes con embarazo prolongado.

5.- MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio prospectivo en el Servicio de Medicina Perinatal, de la división de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Tacuba, ISSSTE., de enero de 1994 a agosto de 1994. Se incluyó en el estudio a toda paciente vista en el servicio de medicina perinatal por aparente amenorrea mayor o igual a 42 semanas de embarazo por regla de Naegle, de 16 a 39 años de edad, con embarazo no complicado, con producto de vértice, único y vivo al momento de la evaluación obstétrica inicial, y con resolución obstétrica en la citada unidad hospitalaria. No hubo restricción con respecto a paridad o vía de resolución de última gestación. La mayoría de las pacientes atendidas en la citada unidad hospitalaria eran burócratas o esposas de burócratas.

La información referente a datos personales, antecedentes ginecoobstétricos, ultrasonografía y registro cardiotocográfico fueron colectados de los correspondientes reportes anexados a cada uno de los expedientes. Los datos referentes a la evaluación pediátrica también fueron obtenidos de los respectivos expedientes.

La ultrasonografía (ultrasonido modelo Philips Sonodiagnost "B") fue practicada por un ultrasonografista en todas las pacientes incluidas en el estudio (n=20), y permitió valorar semanas de gestación en base a medición de diámetro biparietal, volumen de líquido amniótico en base a visualización y cuantificación subjetiva del volumen del mismo, y grado de madurez placentaria en base a los criterios de Grannum.

Se considero que un diámetro mayor e igual a 91 mm., era sugestivo de un embarazo prolongado. La valoración de cantidad de líquido amniótico fue puramente subjetivo. Los criterios de Grannum incluyen cuatro grados de madurez basados en evaluación de placa coriónica, tejido placentario y capa basal.

Grado cero consiste de una placa coriónica lisa, una sustancia placentaria homogénea y capas basales sin calcificar.

Grado uno presenta placa coriónica con ondulaciones, sustancia placentaria con pequeñas áreas ecógenas, y capa basal sin calcificar.

Grado dos muestra muescas y endiduras muy manifiestas sin alcanzar la capa basal, la sustancia placentaria se haya dividida por densidades en forma de coma que se continúan en la placa coriónica, y la capa basal presenta una disposición lineal de pequeñas áreas ecógenas.

Grado tres muestra también endiduras, pero alcanzan la placa basal representando probablemente tabiques entrecotiledones, y áreas densas ecógenas cerca de la placa coriónica. Los grados dos y tres son sugestivos de madurez placentaria.

Los registros cardiotocográficos fueron realizados por residentes de ginecoobs tetricia en cuarto año, (utilizando monitores corometrics modelo 112). La prueba sin stress se realizó en todas las pacientes incluidas en el estudio, mientras que la prueba de tolerancia a las contracciones solo fue hecha en aquellos casos indicados.

La prueba sin stress (PSS) se reportó como producto reactivo o no reactivo. Se consideró como PSS con producto reactivo cuando se registrarón 4 ó más ascensos transitorios de la línea de base, de 15 ó más latidos de amplitud, y 15 ó más segundos de duración, relacionados con movimientos fetales en un lapso mínimo de 20 minutos; cuando no se cumplieron estos requisitos, se consideró como producto no reactivo (25, 26).

La prueba de tolerancia a las contracciones (PTO) se reporto como positiva (baja reserva), negativa (buena reserva) o sospechosa. La PTO se consideró de buena reserva fetal cuando la frecuencia cardíaca fetal (FCF) basal era de 120 a 150 latidos por minuto, con variabilidad de 5-25 latidos, presencia de aceleraciones de 15 ó más latidos de amplitud y 15 ó más segundos de duración, relacionados con movimientos fetales o contracciones uterinas y ausencia de desaceleraciones en un mínimo de diez contracciones. Se interpretó como de baja reserva fetal cuando la FCF basal era menor de 120 ó mayor de 150 latidos por minuto, ausencia de ascensos, variabilidad menor de cinco, presencia de desaceleraciones tardías o variables con componente hipóxico en un 30 % ó más de las contracciones registradas.

La prueba fue sospechosa ante la presencia de taquicardia, bradicardia, cambios en la línea de base, desaceleraciones tardías o variables con componente hipóxico en menos del 30 % de las contracciones registradas.

La presencia de sufrimiento fetal fue evaluada por residentes de ginecoobstetricia de tercero y cuarto año, en base a datos clínicos como variaciones de la frecuencia cardíaca fetal (bradicardia o taquicardia), desaceleraciones de la frecuencia cardíaca posterior a la contracción, y presencia de meconio. O bien por alteraciones patológicas en el registro cardiotocográfico.

La evaluación del producto al nacer fue realizada por medico residente de pediatría, y consistió del registro del peso del producto, evaluación de edad gestacional a la resolución del embarazo, detección de anomalías congénitas, de signos de asfixia al nacer, de aspiración o no de líquido meconial, y de síndrome de postmadurez.

Este último en base a datos de falla en el crecimiento intrauterino, deshidratación, osificación precoz del cráneo, extremidades superiores e inferiores delgadas y alargadas, reducción de los depósitos de grasa subcutánea, ausencia de vérmix caseoso y de lanugo, desarrollo de piel seca y arrugada como parche, piel macerada, de coloración café-verdosa o amarillenta de la piel, facies de alerta.

Primeramente se intentó evaluar si la presente gestación se trataba con seguridad de un embarazo prolongado (mayor o igual a 42 semanas de gestación). Utilizando la fecha de la última menstruación (FUM) reportada por la paciente y siguiendo la regla de Naegle se calcularon las semanas de gestación, añadiendo siete días y nueve meses a FUM. Posteriormente se intentó evaluar si las semanas de gestación calculadas a través de la amenorrea reportada por FUM podía ser confiable, ya que FUM era confiable.

Para esto fue necesario coleccionar información clínica referente a antecedente de ciclos menstruales regulares vs. irregulares, características de la última menstruación con respecto a duración y cantidad en comparación a menstruaciones anteriores, antecedente de uso de anticonceptivos hormonales, reporte positivo de prueba inmunológica de embarazo entre la sexta y doceava semana de amenorrea calculada por FUM, documentación materna de percepción de movimientos fetales entre las 16a. y 20a., semana de amenorrea calculada por FUM, y antecedente de realización de ultrasonografía antes de la 28a. semana de gestación con documentación de semanas de gestación y coincidentes con las calculadas a través de FUM.

En base a los elementos anteriormente mencionados se evaluaba si FUM era confiable o no.

En cualquier caso se procedía a evaluación de semanas de gestación por medio de ultrasonografía obstétrica (USG). De esta manera se pudo obtener la siguiente información:

- a).- FUM confiable + USG igual o mayor a 42 semanas
- b).- FUM no confiable + USG igual o mayor a 42 semanas
- c).- FUM confiable + USG menor a 42 semanas
- d).- FUM no confiable + USG menor a 42 semanas

Durante los 8 meses del estudio se revisaron 200 expedientes de embarazo de alto riesgo en el servicio de perinatología del Hospital General Tacuba.

De estos, 40 (20 %) presentaban aparente amenorrea mayor o igual a 42 semanas de gestación. El 75 % (30/40) presentaba datos de FUM confiable, y el 22.5 % (9/40) datos de FUM no confiable.

La evaluación de edad gestacional por USG reportó un embarazo mayor o igual a 42 semanas en el 30 % de los casos (12/40), y menor a 42 semanas en el 70 % (28/40).

Combinando confiabilidad de FUM y valoración de edad gestacional por USG se obtuvieron las siguientes frecuencias: FUM confiable más USG mayor o igual a 42 semanas en el 50 % de los casos (20/40), FUM no confiable más USG mayor o igual a 42 semanas en el 7.5 % de los casos (3/40), FUM confiable más USG menor a 42 semanas en el 25 % (10/40), y FUM no confiable más USG menor a 42 semanas en el 17.5 % (7/40).

Se incluyeron en el estudio solo aquellas pacientes que presentaban la siguiente combinación: FUM confiable con reporte de edad gestacional mayor o igual a 42 semanas por USG. Se excluyó a aquella paciente que no llenara los criterios de inclusión inicialmente mencionados, a aquella en la que no se pudo obtener valoración de edad gestacional por USG y a quien presentaba datos de FUM no confiable con reporte de edad gestacional menor a 42 semanas por USG y aquellas cuya resolución obstétrica no fuera en esta unidad hospitalaria. Así, 20 casos reunieron los criterios de inclusión.

Se excluyeron:

FUM no confiable más USG mayor de 42 semanas	3
FUM confiable más USG menor de 42 semanas	10
FUM no confiable más USG menor a 42 semanas	7

Las siguientes variables se lograron identificar:

VARIABLES CUANTITATIVAS

- Edad de la paciente (en años)
- Peso del producto al nacer (en gramos)
- Peso placentario (en gramos)
- Edad gestacional a la resolución del embarazo (en semanas)
- Apgar al minuto y a los 5 minutos. (puntuación del 1-10).

VARIABLES CUALITATIVAS

- Paridad (primigesta, multigesta)
- Antecedente de embarazo prolongado (sí, no)
- Antecedente de sangrado transvaginal en el primer trimestre de este embarazo (sí, no)
- Evaluación de amenorrea en base a confiabilidad de FUM (confiable, no confiable).
- Evaluación de edad gestacional por USG (mayor o igual a 42 semanas, menor a 42 semanas)
- Evaluación de edad gestacional en base a fecha de última menstruación en combinación a USG en función a semanas de gestación.
- Grado de madurez placentaria (0,1,2 y 3)
- Pruebas sin stress (producto reactivo, no reactivo)
- Prueba de tolerancia a las contracciones (positiva, negativa, sospechosa)
- Sufrimiento fetal (sí, no)
- Vía de resolución del embarazo (vaginal, cesárea)
- Evolución de la vía vaginal (eutócico, distócico)
- Indicación de la operación cesarea (cesarea previa, DCP, sufrimiento fetal)
- Presencia de signos clínicos de dismadurez fetal (positivo, negativo)
- Estado del producto al nacer (vivo, muerto)
- Muerte perinatal (sí, no)
- La variable dependiente analizada fue dismadurez. Las variables independientes analizadas fueron los distintos posibles hallazgos detectados a través de diferentes pruebas diagnósticas:

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

9.

- 1.- Cantidad de liquido amniótico
- 2.- Aspecto del liquido amniótico
- 3.- Reactividad del producto a pruebas de no stress
- 4.- Tolerancia del producto a la prueba de contracciones con oxitocina
- 5.- Grado de madurez placentaria

Se analizo la existencia de asociación (prueba de hipótesis de independencia) entre variables dependiente e independientes, a través de la prueba de chi cuadrada. Se efectuaron analisis de predictibilidad, sensibilidad y especificidad de cada una de las pruebas diagnósticas (ultrasonido, cardiotocografía) con respecto a dismadurez.

6.- RESULTADOS

En la población estudiada (n igual a 20) se observo una frecuencia de FUM confiable de 100 % (20/20).

El 100 % (20/20) tuvo una combinación de FUM confiable con una valoración de edad gestacional por USG mayor a las 42 semanas.

La edad gestacional promedio valorada por FUM fue de 42.4 semanas (más/menos 0.509). El 100 % (20/20) presento una evaluación ultrasonográfica de edad gestacional mayor o igual A LAS 42 semanas. La edad gestacional promedio al momento de la resolución del embarazo fue de 42.6 semanas (más/menos 0.6). La edad promedio fue 26 años (más/menos 5 años) el 50 % (10/20) eran primigestas, el 25 % (5/20) secundigestas y el 25 % (5/20) multigestas).

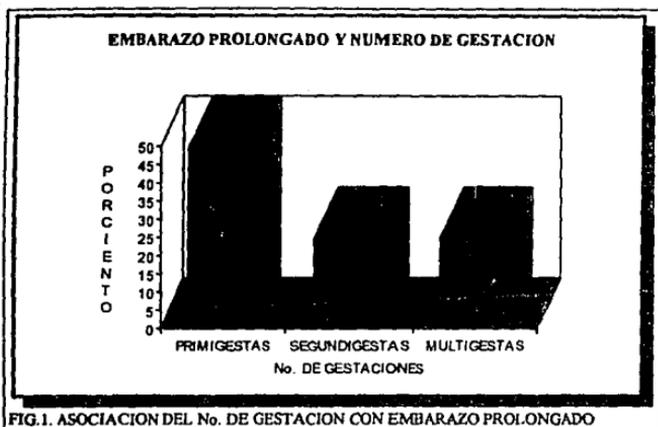
El 30 % (6/20) de las mujeres tuvo una resolución de embarazo vía vaginal, 83 % (5/6) fueron partos eutócicos y 16.7 % (1/6) distócicos, el 70 % (14/20) tuvo operación cesarea: La indicación más frecuente de esta fue desproporción cefalopélvica (44.4 %, seguida por sufrimiento fetal (25.4 %), por otras razones (22.2 %) y por cesarea previa (7 %).

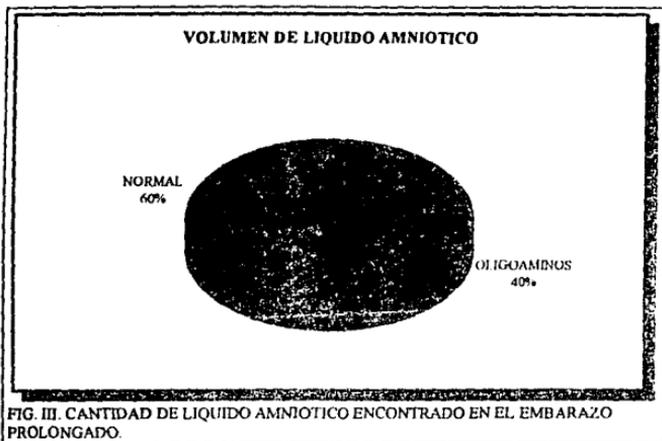
El 30 % (6/20) presentó signos clínicos de dismadurez. Se detectaron signos de sufrimiento fetal en el 20 % (4/20) de los productos.

El peso promedio al nacer en la población total fue de 3, 239 gramos (más/menos 396.1), el peso promedio de los dismaduroz fue 3, 291 (más/menos 480.2 gramos) y el de los de término 3, 218 (más/menos 359.5). El promedio de Apgar al minuto en la población total fue de 7.5 (más/menos 1.3), en el grupo de dismaduroz de 6.7 (más/menos 2.3), y en el grupo de término 7.8 (más/menos 1.02).

El promedio de Apgar a los cinco minutos en la población total fue de 8.6 (más/menos 1.3), en el grupo de dismaduroz de 7.97 (más/menos 2.3), y en el grupo de término 8.86 (más menos 0.60).

Se detectó un 60 % (12/20) de pacientes con volumen de líquido amniótico normal, 40 % (8/20) con volumen disminuido.





B I B L I O G R A F I A

- 1.- Chauchan SP, Magann EP, Morriso JC: Amniotic Fluid volumen stimation in the postdate pregnancy: A comparison of technique: *Obstet.Gynecol.* Vol 82 (4) 635-636: Oct 93.
- 2.- Benson R.C. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico 5a. Edic: Manual Moderno 316-318 pp: 1989.
- 3.- Cibils LA, Votta K: Clinical Significance of fetal heart patterns during labor prolonged pregnancy: *J. perinat med:* Vol. 21 (2) 10-16 pp. 1993.
- 4.- Weiner Z., Reicher A, Zlozover M, Mendelson A, Thaler I: The value of Doppler ultrasonography in prolonged pregnancies: *J Obstet gynecol. Reprod Biol* Vol. 48 (2), 93-97 pp feb. 93.
- 5.- Weerassekera US, Sweeping of the Membranes is an effective method of induction of labor in prolonged pregnancy: a report of a randomised trial *Litler comment. Obstet Gynecol.* Vol. 100 (2) 193-194 pp Feb. 93.
- 6.- Fisher RL, Mc Donell M, Biancull RN, Perry MD, Hediger ML Scholl I V: amniotic fluid volume estimation in the postdate pregnancy: A comparison of techniques Vol. 81 (5) 698-670 pp May 93.
- 7.- Tongsong T, Srisomboon J, Amniotic fluid volume as a Predictor of fetal distress in postterm pregnancy. *J. Obstet. Gynecol.* Vol. 40 (3) 213-217 Mar. 93
- 8.- Votta RA, Cibils LA,: Active management of prolonged pregnancy: *J. Obstet. Gynecol.* Vol. 168 (2) 557-563 pp. Feb. 93.
- 9.- Leslie Iffy K.: *Obstetricia y Perinatología* 1a. edición, Argentina, Buenos Aires, Edit. Panam Vol. 2 1484-1490 pp, 1992.
- 10.-Cabrol U, Carbonne B, Ledieu C, Lussiana. Relationship Between Mechanical Properties of the Uterine Cervix and Occurrence of Postdate Pregnancy: *Vol 32 (1) 36-38 pp.*
- 11.-Medina HE, Oliva CJ, Pérez de la c. ML, Sánchez G LR, Analisis de 100 casos de embarazo prolongado. *Rev. Med. Hosp. Mujer.* Vol 4 (1) 23-27 pp Abril de 1994.
- 12.- Roberts LJ, Young RR, The management of prolonged pregnancy and analysis of women sattitudes before and after term; *Vol 98 (11) 1102-1106 pp Nov. 91.*
- 13.- Schereyer P, Bar Natan, Sherman DJ Areli S, Caspi E: Fetal breathing movements before oxytocin induction in prolonged pregnancies: *Am J. Obstet Gynecol.* Vol. 165 (3) 577-581 pp, Sep. 91.
- 14.- Boylan MP, Mc Pariand P: Fetal assessment in posterm pregnancy: *Obstet Gynecol* Vol. 3 (1) 4144 pp Feb. 91.
- 15.- Naegotte MP, Bertucci Towers CU, Lagrew DL, Modaniou H: Prophylactic Amnioinfusion in pregnancies complicated by Oligohydramnios: A prospective study: *Obstet Gynecol:* Vol. 11 (5) 677-680 May. 91.

- 16.- Kassis A, Mazor M, Leiberman JR, Cohen A, Insier U: Management of postdate pregnancy: a case control study J. Med. Sci Vol. 27 (2) 82-86 pp Feb. 91.
- 17.- Mc Lenn PA Boyd ME, Usher RH Kraner MS: Postterm infants: Too Big or Too Small. Am J. Obstet Gynecol. Vol. 164 (2) 619-624 pp, Feb. 91.
- 18.- Pearce JM, Mc Parland PJ: A Comparison of Doppler Flow Velocity Waveforms, Amniotic Fluid Columns, and the Nonstress Test as a Means of Monitoring Postdates Pregnancies. Obstet Gynecol, Vol. 11 (2) 204-208 pp Feb. 91
- 19.- Jiménez Solís y Cols. Perfil Biofisico en el embarazo prolongado. otra alternativa de vigilancia fetal.
- 20.- LI-HQ. Gilbert M. Lavig U, Jones RU, Murray RD, Battaglia FC: The Uptake of Amino Acids Oxygen Across the Rabbit Uterus in Normal and Postterm Pregnancies. Obstet Gynecol. Vol. 16 (4) 678-680 pp. Oct.90.
- 21.- Mc Colgin SW, Hampton HL, Mc Caul MD, Howard PR, Andrew ME, Morrison JC: Stripping Membranes at Term. Can it Safely Reduce The Incidence of Postterm Pregnancies. Obstet Gynecol. Vol. 16 (4) 678-680 Oct. 90.
- 22.- Cifuentes Rodrigo. Obstetricia de alto riesgo. Cali, Colombia, 199-208 pp Sep. 1987.