

**UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZAN”**

**ESCUELA DE POSTGRADO  
FACULTAD DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**FACTORES MATERNOS Y PERINATALES EN EL  
EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO  
POR ECOGRAFÍA, EN EL HOSPITAL HIPOLITO  
UNANUE DE TACNA. 2013-2014**

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN  
OBSTETRICIA**

**TESISTA:**

**LIC. SILES PINO, ROSA LUCRECIA**

**ASESORA:**

**Mg. CASTAÑEDA EUGENIO, NANCY ELIZABETH**

**HUANUCO - PERU**

**2015**

### **DEDICATORIA**

A mis amores Francisco, Jesús y Rebeca; por su amor, paciencia y apoyo en todo momento; motivo de mi constancia y perseverancia, que me permite desarrollar como persona y profesional. A mis amigas y colegas, quienes con esfuerzo, ánimo y aliento nos apoyamos hasta llegar a la línea final.

Rosa.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la plana docente de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, por darme la oportunidad de seguir creciendo profesionalmente.

A mi asesora Mg. Nancy Elizabeth Castañeda Eugenio, por su paciencia y apoyo en brindarme sus conocimientos.

Al personal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna que de alguna u otra manera colaboraron con esta investigación.

## INDICE

	Pág.
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>ii</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>iii</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>iv</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>v</b>
<b>INTRODUCCION .....</b>	<b>vi</b>

## CAPITULO I

### 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Fundamentación del Problema .....	1
1.2 Formulación del Problema .....	3
1.2.1 General.....	3
1.2.2 Específicos .....	3
1.3 Objetivos .....	4
1.3.1 General .....	4
1.3.2 Específicos .....	4
1.4 Justificación e importancia .....	4
1.5 Limitaciones .....	5

## CAPITULO II

<b>2. MARCO TEORICO .....</b>	<b>6</b>
2.1 Antecedentes .....	6
2.1.1 Internacionales .....	6
2.1.2 Nacionales.....	9
2.1.3 Locales .....	11
2.2 Bases teóricas.....	12
2.3 Definición de términos básicos.....	18

### **CAPITULO III**

<b>3. ASPECTOS OPERACIONALES .....</b>	<b>20</b>
3.1 Hipótesis .....	20
3.2 Sistema de variables, dimensiones e Indicadores .....	20

### **CAPITULO IV**

<b>4. MARCO METODOLOGICO.....</b>	<b>21</b>
4.1 Dimensión Espacial y Temporal.....	21
4.2 Tipo de Investigación .....	21
4.3 Diseño de Investigación .....	22
4.4 Determinación del Universo/Población.....	22
4.5 Selección de la Muestra .....	22
4.6 Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	23
4.7 Técnicas de Procesamiento, Análisis de Datos y Presentación de Datos.....	23

### **CAPITULO V**

<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>24</b>
----------------------------	-----------

### **CAPITULO VI**

<b>6. DISCUSIÓN.....</b>	<b>50</b>
--------------------------	-----------

### **CAPITULO VII**

<b>7. CONCLUSIONES.....</b>	<b>54</b>
-----------------------------	-----------

### **CAPITULO VIII**

<b>8. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>56</b>
--------------------------------	-----------

### **CAPITULO IX**

<b>9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>57</b>
--	-----------

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar los Factores Maternos y Perinatales en el Embarazo Prolongado diagnosticado por ecografía, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el período comprendido entre enero 2013 a diciembre 2014.

**MATERIAL Y METODO:** El siguiente estudio es descriptivo no experimental de corte transversal, retrospectivo. Nuestro universo/población son todas las gestantes con embarazo prolongado diagnosticado por ecografía, atendidas en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna de enero 2013 a diciembre 2014. Los datos después de ser recolectados se ingresaron utilizando el procesador de texto Microsoft office Excel y para el análisis estadístico de frecuencias porcentuales se emplearon tablas y figuras; **RESULTADOS:** El 53.1% de gestantes en estudio tenían entre 20 a 29 años de edad. El 47,0 % eran nulíparas. Un 37.5 % presentaron antecedentes patológicos (16 % macrosomía fetal, 12.5 % embarazo prolongado y 6 % muerte intrauterina ). Las patologías maternas más frecuentes fueron: DFP (desproporción feto pélvica) 37.5 %, seguido de infecciones del tracto urinario (15.6 %), anemias (12.5 %), insuficiencia placentaria (6,25 %), oligoamnios (6.25 %) y ruptura prematura de membranas (3.1 %). La vía de culminación del parto que predominó fue la cesárea con un 59 %. De todos los recién nacidos de madres con embarazo prolongado el 56 % fueron de sexo masculino, el 53% fueron GEG (grande para edad gestacional). El 56.25 % tuvo de 37 a 41 semanas según test de Capurro. El 91 % tuvo un apgar al minuto de 7 a 10 de puntaje y un 9 % < 7 de puntaje, recuperándose todos a los cinco minutos. De las patologías perinatales identificadas un 46.8 % fueron trastornos por embarazo prolongado y sobrepeso, seguido de un 12.5 % sufrimiento fetal agudo, y un 3.1 % incompatibilidad ABO. **CONCLUSIONES:** El embarazo prolongado se presentó con mayor frecuencia en pacientes entre 20 a 29 años de edad y nulíparas, la vía de parto más frecuente fue por cesárea. Las patologías maternas más frecuentes fueron la DFP (desproporción feto pélvica), las infecciones del tracto urinario y las anemias; y de las patologías perinatales la macrosomía fetal y el sufrimiento fetal agudo.

**PALABRAS CLAVE:** embarazo prolongado, factores maternos y perinatales, ecografía obstétrica.

## **SUMMARY**

**OBJETIVE:** Determine maternal and perinatal factors in term pregnancy diagnosed by ultrasound, Hipolito Unanue Hospital in Tacna, during the period from January 2013 to December 2014. **MATERIAL AND METHOD:** The following study is not experimental descriptive cross, retrospective cohort. Our universe / study population are all pregnant women with prolonged pregnancy diagnosed by ultrasound, served in the Hipolito Unanue Hospital in Tacna during January 2013 to December 2014. They are subject to inclusion and exclusion criteria used in the study. The data collected will then be entered and processed using tables and figures; the word processor Microsoft Office Excel and statistical analysis was used percentiles. **RESULTADOS:** Frequencies: 53.1% of patients were aged between 20-29 years. 47.0% were nulliparous. 37.5% of pregnant women had medical history, of which 16% was fetal microsomal, prolonged pregnancy 12.5% and 6% stillbirth. Of all pregnant women in the study showed 37.5% DFP (fetal pelvic disproportion), followed by other diseases such as urinary tract infections (15.6%), anemia (12.5%), placental insufficiency (6.25%), oligoamnios (6.25%) and premature rupture of membranes (3.1%). The route of delivery culmination was predominant with 59% cesarean. The male predominance in the newborn with 56%. Of newborns it was 53% GGE (large for gestational age). The 56.25% of newborns had from 37 to 41 weeks depending Capurro test. 91% of newborns had a minute Apgar score 7-10. Of newborns with Apgar <7 score (9%) all recovered within five minutes. Perinatal diseases identified were 46.8% for prolonged pregnancy disorders and overweight, followed by a 12.5% acute fetal distress, 3.1% ABO incompatibility. **CONCLUSION:** Prolonged pregnancy was found more frequently in patients between 20-29 years of age and sows, route of cesarean delivery was the most frequent. The most common breast pathology was DFP (fetal pelvic disproportion), urinary tract infections and anemia; and perinatal pathology fetal microsomal and fetal distress.

**KEYWORDS:** Prolonged pregnancy, maternal and perinatal factors, obstetrical ultrasound.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo prolongado es una situación obstétrica que produce inquietud y temor en la embarazada y el entorno familiar. Este temor se basa en el conocimiento público de que es un embarazo de alto riesgo, si éste avanza más allá de 42 semanas el riesgo de morbilidad perinatal aumenta.

Nuestro país en general y nuestra localidad en particular no escapa de esta realidad, lo que se convierte en un dilema y es controversial aún su manejo, por ello es que se decidió realizar ésta investigación con el propósito de incrementar nuestros conocimientos y poder brindar una mejor atención a nuestras embarazadas, lo que se traducirá en salud, bienestar y calidad de vida.

El interés inicial de este estudio es determinar los factores maternos y perinatales en el embarazo prolongado diagnosticado por ecografía en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2013- 2014. Aunque son muchas las teorías que intentan explicarla, el conocimiento de sus causas precisas sigue siendo escaso; de los diversos estudios efectuados y de la literatura revisada se ha podido identificar características maternas y perinatales, factores predisponentes, factores epidemiológicos, factores socioeconómicos, factores mecánicos, etc. los cuales se combinan para aumentar la probabilidad de un embarazo prolongado. Cuanto mayor sea el número de factores de riesgo presentes, mayor será la probabilidad.

El presente estudio de investigación de tesis titulada: Factores Maternos y Perinatales en el Embarazo Prolongado diagnosticado por ecografía, en el hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2013-2014, está dividida en nueve capítulos: Capítulo I, corresponde al planteamiento del problema, que incluye la fundamentación del problema, formulación del problema, los objetivos, justificación e importancia y limitaciones; Capítulo II, se expone el marco teórico, que fundamenta el carácter científico de la investigación; incluye los



antecedentes internacionales, nacionales y locales, las bases teóricas y la definición de términos básicos; el Capítulo III corresponde a los aspectos operacionales donde se muestra la hipótesis y el sistema de variables, dimensiones e indicadores; en el Capítulo IV se presenta el marco metodológico, que incluye la dimensión espacial y temporal, tipo de investigación, diseño de investigación, determinación del universo y población, selección de la muestra, fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnicas de procesamiento, análisis de datos y presentación de datos; el Capítulo V corresponde a los resultados; el Capítulo VI a la discusión de resultados; el Capítulo VII representa a las conclusiones; el Capítulo VIII comprende las recomendaciones y finalmente el Capítulo IX contiene las referencias bibliográficas.

# CAPÍTULO I

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Fundamentación del Problema

Cuando la embarazada pasa de su fecha calculada de parto, aparece la preocupación acerca del bienestar fetal debido a la relación que existe entre el embarazo que se prolonga más allá de la semana 42, con el aumento notorio de la morbimortalidad perinatal. La controversia surge por los riesgos relativos del tratamiento expectante y el momento óptimo del parto.<sup>1</sup>

En cuanto a los aspectos epidemiológicos se han sugerido diversas teorías para explicar la patogénesis del embarazo prolongado, los mecanismos responsables no han sido identificados, sin embargo, existen circunstancias clínicas o factores, tanto maternos como perinatales, que pueden predisponer a este problema.

En cuanto a los aspectos fisiopatológicos en el embarazo prolongado ocurre una serie de cambios en el líquido amniótico y la placenta. El conocer estos cambios, es fundamental para

comprender mejor los resultados de la vigilancia fetal anteparto y las modificaciones intra-parto que se relacionan con esta situación de alto riesgo.

Los factores de riesgo de embarazo prolongado más comúnmente identificables son la primiparidad y un embarazo post término previo, pudiendo estar asociado a la deficiencia de sulfato placentario o la anencefalia fetal. La predisposición genética interviene en la prolongación del embarazo. Vainsanen-Tomimiska M. y colaboradores realizaron un estudio en Finlandia en 2004 donde concluyen que la reducción en la liberación de los niveles de óxido nítrico cervical puede contribuir al embarazo prolongado.<sup>13</sup>

Se pueden considerar factores pre disponentes del embarazo prolongado: El bajo nivel socioeconómico, puede vincularse con una amenorrea no confiable, el antecedente de embarazo prolongado puede aumentar en 50% la probabilidad de repetición. La macrosomía fetal, la hidrocefalia, la trisomía 18, hipoplasia congénita de las suprarrenales y defectos en el tubo neural en el producto (anencefalia), son descritos como precursores de embarazos prolongados. Así mismo, existen factores mecánicos como lo son: la desproporción céfalo pélvica y/o resistencia anormal de cuello uterino, secundaria a una anomalía de la maduración de origen metabólico.<sup>3,4,5</sup>

Por otro lado existen patologías como la pre eclampsia, hipotiroidismo materno, relacionadas a un embarazo prolongado. La edad materna y la paridad son factores aún controversiales. El sexo masculino puede estar asociado con la prolongación del embarazo.

El embarazo prolongado está asociado con un incremento de la morbilidad y mortalidad perinatal<sup>6,7</sup>. Ocurre en un 2,2% y 14%, esta variación se debe a los distintos criterios utilizados para confirmar la fecha probable de parto (Sachs and Friedman, 1986).

Su manejo genera estrés tanto para la paciente, su familia y médico; y demanda mayor atención en los servicios de emergencias y hospitalización. Los factores de riesgo perinatales asociados al

embarazo prolongado son importantes por el impacto que produce en la morbimortalidad perinatal y morbilidad materna por lo que ha sido motivo para investigar acerca de los factores maternos y perinatales que se presentan en los embarazos prolongados diagnosticados por ecografía en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2013-2014.

## **1.2.FORMULACION DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. General**

¿Cuáles son los factores maternos y perinatales en el embarazo prolongado diagnosticado por ecografía, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el período comprendido entre enero 2013 a diciembre 2014?

### **1.2.2. Específicos**

- ¿Cuál es la frecuencia de embarazo prolongado diagnosticado por ecografía, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el período comprendido entre enero 2013 a diciembre 2014?
- ¿Cuáles son los factores maternos en el embarazo prolongado diagnosticado por ecografía, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el período comprendido entre enero 2013 a diciembre 2014?
- ¿Cuáles son los factores perinatales en el embarazo prolongado diagnosticado por ecografía, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el período comprendido entre enero 2013 a diciembre 2014?

### **1.3.OBJETIVOS**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar los factores maternos y perinatales en el embarazo prolongado diagnosticado por ecografía, para obtener datos preliminares que ayuden a implementar medidas correctivas en su manejo y así contribuir a disminuir los casos de morbimortalidad materno perinatal.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Determinar la frecuencia de embarazo prolongado diagnosticado por ecografía, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el período comprendido entre enero 2013 a diciembre 2014.
- Identificar los factores maternos en el embarazo prolongado diagnosticado por ecografía, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el período comprendido entre enero 2013 a diciembre 2014.
- Identificar los factores perinatales en el embarazo prolongado diagnosticado por ecografía, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el período comprendido entre enero 2013 a diciembre 2014.

### **1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

El embarazo prolongado es una condición clínica que puede elevar la morbimortalidad perinatal, que debe diagnosticarse oportunamente y dependiendo de las condiciones fetales y maternas se determinará el manejo obstétrico adecuado con la

finalidad de obtener un recién nacido en las mejores condiciones, sin comprometer el bienestar materno.

Los resultados del estudio permitirán tomar medidas correctivas en base a datos reales para el manejo del embarazo prolongado.

Así mismo, este estudio servirá como base de datos para futuras investigaciones.

## **1.5. LIMITACIONES**

Debido a que el estudio es retrospectivo la información consignada en las historias clínicas aseguran la fiabilidad de los datos.

Durante la recolección de datos se encontraron historias clínicas con datos incompletos por lo que se descartaron.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEORICO**

#### **2.1. Antecedentes**

##### **2.1.1. Internacionales**

-Balestena Sánchez Jorge M, Pino Malagón Esteban, Suárez Blanco Ciro; Soto Urquiola Manuel. Características maternas y resultados perinatales en el embarazo prolongado / Maternal characteristics and perinatal results in prolonged pregnancy. Rev. Cuba. obstet. ginecol;, ene.-abr. 2002. Tab. 28(1): 11-17

Con el objetivo de evaluar las características maternas y los resultados perinatales en el embarazo cronológicamente prolongado, se realizó un estudio en el hospital docente gineco-obstétrico "Justo Legón Padilla", entre julio de 1999 y febrero de 2000; el grupo

estudio se conformó con todas las gestantes que tuvieron su parto con 42 semanas o más (n = 412); entre tanto se formó un grupo control con gestantes que tenían tiempo de gestación entre 37 y 40 semanas (n = 320). Se evaluaron diferentes variables maternas y perinatales, para el análisis estadístico se utilizó la frecuencia porcentual, la media y la desviación estándar y el test de diferencia de proporciones con niveles de significación  $p < 0,05$  (significativa) y  $p < 0,01$  (muy significativa). Los principales resultados fueron que la adolescente y la gestante añosa resultaron variables maternas muy significativas; el líquido amniótico meconial, el sexo masculino y la macrosomía fetal fueron resultados perinatales muy significativos. EL Apgar inferior de 7 puntos al minuto de vida también resultó significativo.<sup>9</sup>

-Wang M, Fontaine P. Common questions about late-term and postterm pregnancy.

Preguntas comunes sobre embarazo tardío y prolongado. Rev. Am Fam Physician. 2014 Aug 1;90 (3):160-5.

Abstracto

El embarazo se considera prolongado de 41 semanas, 0 días a 41 semanas, 6 días de gestación, y postérmino en la gestación de 42 semanas. Datación temprana del embarazo es importante para determinar con precisión cuando un embarazo es tarde o post término, y la ecografía del primer trimestre se debe realizar si las citas clínicas son inciertas. El manejo óptimo de un embarazo tardío de bajo riesgo, debe considerar las preferencias maternas y equilibrar los beneficios y riesgos de la inducción frente a la espera de trabajo de parto espontáneo. En comparación con la conducta expectante, la inducción a las 41 semanas de gestación se asocia con una pequeña disminución absoluta de la mortalidad perinatal y disminuye otros riesgos fetales y maternos y sin un mayor riesgo de parto por cesárea. Aunque no hay evidencia clara de que las pruebas prenatales a partir de las 41 semanas de gestación previene



la muerte fetal intrauterina, a menudo se lleva a cabo debido a que los riesgos son bajos. Cuando se elige el tratamiento expectante, la mayoría de los expertos recomiendan comenzar la vigilancia prenatal dos veces por semana a las 41 semanas con perfil biofísico o la prueba sin estrés, más índice de líquido amniótico (perfil biofísico modificado); la inducción puede ser diferida hasta las 42 semanas si esta vigilancia es tranquilizadora.<sup>10</sup>

-Alvarez Ponce Vivian Asunción. Lugo Sánchez Ana María; Alvarez Sánchez Aleida Zaida; Muñiz Rizo Milagros Eusebia.

Comportamiento del embarazo prolongado en el servicio de cuidados perinatales / Behavior of prolonged pregnancy at the perinatal careservice

*Rev. cuba. obstet. Ginecol. mayo-ago. 2004. Tab. 30(2)*

Resumen: El embarazo prolongado es todavía un tema lleno de controversias. Se realizó un estudio retrospectivo longitudinal y descriptivo de todas las pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado que ingresaron en el servicio de cuidados perinatales del hospital docente ginecoobstétrico de Guanabacoa durante el año 2002. Se seleccionó un grupo control de los 4 primeros nacimientos de cada mes con una edad gestacional entre 37 y 41 semanas. El 60,4 por ciento del total de pacientes fueron nulíparas y el 49,4 por ciento comenzó el trabajo de parto espontáneamente; prevaleció el parto inducido, 67,4 por ciento en las pacientes del grupo estudio. Hubo un total de 30 mujeres a las que se les realizó cesárea y de ellas el mayor porcentaje, 46,5 por ciento, correspondió también al grupo estudio. En este grupo se apreció líquido amniótico meconial en un mayor número de mujeres con relación al grupo control, no hubo recién nacidos severamente deprimidos y en el 16,2 por ciento de estas pacientes el peso de sus productos fue mayor o igual a 4 000 g. Se concluyó que el comportamiento del embarazo prolongado en el hospital gineco-obstétrico de Guanabacoa fue similar en lo fundamental en lo descrito a la literatura médica revisada.<sup>4</sup>

### 2.1.2. Nacionales

-Liñán Carrizales, Walter Alberto (Lima,2013).Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes con embarazo prolongado, atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo 2010-2012.METODOLOGIA: El estudio es de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se evaluaron a 59 pacientes las cuales se atendieron en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el período 2010-2012. Se estimó para las variables cualitativas la frecuencia absoluta y relativa. Para el caso de las variables cuantitativas se estimaron las medidas de SPSS versión 20. Se aplicó chi- cuadrado con un nivel de significancia del 95 por ciento. RESULTADOS: La edad promedio de las gestantes fue de  $27.2 \pm 7.1$  años, encontrándose la mayoría de las edades entre los rangos de 20 a 34 años (64.4 por cien

to) y con estado civil convivientes ( 66.1 por ciento). En cuanto a los datos obstétricos: el número de gestaciones promedio fue de  $2.4 \pm 1.4$ , el número de partos a término promedio fue  $1.0 \pm 1.2$ , el número de partos pre-término promedio fue  $0.1 \pm 0.3$ , el número de abortos promedio fue  $0.3 \pm 0.7$  y el número de hijos vivos promedio fue de  $1.0 \pm 1.2$ . El 40.7 por ciento de pacientes con embarazo prolongado fueron primíparas y el 35.6 por ciento nulíparas. El inicio de trabajo de parto en el 71.2 por ciento de las gestantes fue “espontáneo” y el 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. El 62.7 por ciento de los recién nacidos fueron de sexo masculino y el 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 el 72.9 por ciento de

los recién nacidos adecuados para la Edad Gestacional y el 18.6 por ciento Grandes para la edad.<sup>11</sup>

-Chavarry Valencia Flor de María, Cabrera Epiqueñ Ronald Alfredo, Díaz Herrera Jorge Antonio. *Rev. méd. hered*; 20(4): 200-205, oct.-dic. 2009.

Características maternas y perinatales de las pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado (EP) en un hospital general. Material y métodos: Estudio retrospectivo tipo serie de casos, realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia del 1° de enero 2000 al 31 de de diciembre de 2004. Se incluyeron 341 pacientes con diagnóstico de EP (mayor 42 semanas) basado en la fecha de último periodo menstrual o ecografía del primer trimestre.

Resultados: El 76% de pacientes tenían una edad entre 20 a 35 años con una media de 25,8 más o menos 6,1 años. El 47,5% eran nulíparas. El 71,3% había ya iniciado una labor de parto espontánea; 16,4% fueron inducidas y 12,3% tuvieron indicación de cesárea al ingreso. Del grupo con inicio de trabajo de parto espontáneo el 71,6% terminó en parto vaginal; 19,3% cesárea, y 9,1% parto vaginal instrumentado. De las inducciones, el 71,4% tuvo parto vaginal espontáneo, 23,2% cesárea y 5,4% instrumentado. El 62% terminó en parto vaginal espontáneo, 29,9% en cesárea y 7,4% instrumentado. El 85,9% fue adecuado para EG, 11,1% grande para la EG, y 3% pequeño para la EG. El 53,4% de RN tuvo de 37 a 41 semanas por Capurro; 45,7% fueron mayor que 42 semanas y 0,9% tuvo menor que 37 semanas. El apgar a los 5 minutos fue de 7 a 10 en 333 casos, menor que 7 en 4 RN. Ocurrieron 4 óbitos fetales (1,1%). Conclusión: El EP se encontró en mayor frecuencia en pacientes adultas y nulíparas, el inicio del trabajo de parto espontáneo fue el más frecuente y la vía de parto vaginal la más frecuente. Las complicaciones fueron bajas en los RN vivos, sin embargo la tasa de mortalidad fetal fue elevada de 11 por mil. La

indicación más frecuente de cesárea fue DCP y sufrimiento fetal agudo.<sup>8</sup>

-Dávila Castillo Gianina Alicia (Lima, 1991). Embarazo Prolongado Características Maternas y Morbilidad Perinatal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo 2008-2012.

Resumen :El efecto del embarazo prolongado en la morbilidad perinatal y los factores maternos asociados han sido analizados en 51 gestaciones posttérmino según fecha de último período menstrual y ultrasonido y comparadas con un grupo de 115 gestaciones a término en un período de 5 años en el Hospital Arzobispo Loayza. La incidencia de Embarazo Prolongado según la fecha de última menstruación fue de 7.96 %. El antecedente de embarazo prolongado, el peso pre gravídico y al parto la desproporción céfalo pélvica, son características maternas que se relacionaron al de meconio fueron seis y tres veces más frecuentes, respectivamente. La labor de parto inducido estuvo significativamente incrementada pero no pareciera aumentar la tasa de cesárea. La incidencia de cesárea y parto instrumentado fueron significativamente mayores en los embarazos pos término. Las alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal y la presencia post término resultó en una alta tasa de cesáreas debido a distress fetal. El recién nacido pos término presentó significativamente mayor promedio de peso, talla y perímetro cefálico y tres veces más macrosomía fetal, así como mayor riesgo de depresión al nacimiento, aspiración de meconio, trauma obstétrico, postmadurez, admisión a la unidad de cuidados intensivos y mayor estadía hospitalaria. Este análisis sugiere que la incidencia de embarazo prolongado está incrementada en determinado grupo de mujeres y asociado con complicaciones perinatales.<sup>12</sup>

### **2.1.3. Locales**

En la localidad no se cuenta con estudios respecto a esta investigación.

## 2.2. Bases Teóricas

### -Embarazo Prolongado

La duración media de la gestación humana es de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación, utilizando la regla de Naegele, con un rango de 37 a 42 semanas. Se considera embarazo cronológicamente prolongado o postérmino (ECP), aquel que sobrepasa 42 semanas (294 días).

En el pasado, el período de 3 semanas antes hasta 2 semanas después de la fecha estimada del parto era considerado “a término”, con la expectativa de que los resultados neonatales de partos en este intervalo fueran uniformes y buenos. Sin embargo, cada vez más las investigaciones han demostrado que los resultados neonatales, especialmente la morbilidad respiratoria, varían en función del momento del parto dentro de este rango de edad gestacional de 5 semanas. Para hacer frente a esta falta de uniformidad, un grupo de trabajo se reunió a finales de 2012, y recomendó que el rótulo de “a término” sea sustituido con las designaciones a término temprano (37 0/7 semanas de gestación a 38 6/7 semanas de gestación), a término (39 0/7 semanas de gestación hasta las 40 6/7 semanas de gestación), a término tardío (41 0/7 semanas de gestación a 41 6/7 semanas de gestación), y postérmino (42 0/7 semanas de gestación y más allá) para describir con mayor precisión los partos que ocurren en o más allá de 37 0/7 semanas de gestación. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Sociedad de Medicina Materno-Fetal apoyan y fomentan el uso uniforme de las nuevas designaciones de edad gestacional que el grupo de trabajo recomienda, por todos los médicos, investigadores y funcionarios de salud pública para facilitar

la presentación de datos, prestación de atención de salud de calidad y la investigación clínica.

La causa más frecuente, de aparente prolongación de la gestación, es el error que existe en determinar el momento exacto en que ocurrió la ovulación y la concepción, de acuerdo al primer día del último período menstrual. Si bien la ovulación ocurre unos 14 días luego del primer día de la última menstruación, no son raros los embarazos que ocurren en ovulaciones tardías, lo que da el falso diagnóstico de un embarazo cronológicamente prolongado cuando se utiliza la regla de Naegele (Nazir and Bolognese, 1990).

La incidencia del Embarazo prolongado se sitúa entre 2,2% y 14%. Esta variación se debe a los distintos criterios utilizados para confirmar la fecha probable de parto (Sachs and Friedman, 1986). Mientras más preciso sea el cálculo de la edad gestacional, con un estudio ultrasonográfico temprano o una fecha de concepción conocida, menor será la incidencia de Embarazo prolongado. No obstante, aunque la fecha del último período menstrual se recuerde con exactitud, algunos autores prefieren la valoración ultrasonográfica durante el primer trimestre del embarazo como un método más exacto para predecir la fecha probable de parto, apoyado en los datos aportados por la historia menstrual (Mongelli et al, 1996).

Para reducir los falsos diagnósticos de embarazo postérmino, se requiere una estimación exacta de la edad gestacional. Al determinar tempranamente el embarazo, la fecha probable de parto es más confiable y exacta. Así mismo, ésta también puede determinarse con base en el último período menstrual conocido en mujeres con ciclos menstruales regulares y normales.

La fecha de última menstruación (FUM) es el primer dato que, al interrogatorio, permite al médico calcular la edad gestacional y la fecha probable de parto (FPP). Esto aporta una idea aproximada del tiempo límite que el producto puede permanecer en el vientre materno. En la mujer con ciclos regulares, se podría calcular el inicio

del embarazo 14 días antes de la fecha de la primera menstruación ausente.

Otras maneras, aceptablemente confiables, podrían ser: la curva térmica, la inducción de la ovulación y el conocimiento de la fecha de inseminación.

Inconsistencias acerca de la exactitud en la edad gestacional estimada requieren, además, evaluación con ultrasonografía. Son útiles las mediciones que incluyen: la longitud céfalocaudal del feto durante el primer trimestre, el diámetro biparietal o circunferencia craneal y longitud del fémur durante el segundo trimestre. Debido a las variaciones normales en el tamaño de los infantes, en el tercer trimestre, la estimación de la edad gestacional es menos confiable.<sup>13</sup>

## FACTORES MATERNOS

-Edad y paridad.

La edad materna avanzada no parece modificar la incidencia de Embarazo prolongado, obstante algunos han señalado una relación inversa entre la edad materna y la frecuencia de esta entidad (Zwerdling, 1967). Existe una mayor incidencia de embarazo prolongado en primigestas y grandes multíparas, aunque algunos investigadores no han encontrado una relación entre paridad e incidencia de EP (Beischer et al, 1969).

-Nivel socioeconómico.

La incidencia de ECP es mayor en las pacientes con bajo nivel socioeconómico y con menor grado de educación. Esta relación podría ser más por datos imprecisos sobre la fecha de su última regla y retraso en el inicio de los cuidados prenatales, que por el bajo nivel socioeconómico (Ahn y Phelan, 1989).

-Historia obstétrica.

El riesgo de un ECP en mujeres con antecedente del mismo asciende hasta 50% en gestaciones sucesivas, esto puede sugerir una base genética para el ECP (McClure-Browne, 1963).<sup>13</sup>

## FACTORES PERINATALES

Los fetos anencefálicos, con ausencia de glándula hipofisiaria, y los fetos con hipoplasia adrenal bilateral, presentan más frecuentemente gestaciones prolongadas, lo cual hace pensar en una insuficiencia de hipófisis o suprarrenal, como factor etiológico. Existen otras condiciones menos frecuentes asociadas a ECP que incluyen la deficiencia de la sulfatasa placentaria y los embarazos extrauterinos avanzados.

La primera, es un trastorno recesivo ligado al cromosoma X que se caracteriza por la presencia de un feto masculino con bajas concentraciones de estradiol. La relación con los embarazos extrauterinos se puede deber a la eliminación del factor uterino en el inicio del trabajo de parto (Naeye, 1978; King, 1993).<sup>13</sup>

La máxima función placentaria se alcanza alrededor de las 36 semanas de gestación; posteriormente, el proceso de transferencia placentaria declina en forma gradual y puede manifestarse en una disminución de la cantidad de líquido amniótico, reducción de la masa placentaria o en retardo o cese del crecimiento fetal (RCIU) que se observa en 20% de los casos; mientras que en el 80% restante, los recién nacidos son de peso adecuado o grande para la edad gestacional. En la placenta postérmino asociada con dismadurez del recién nacido, se observa disminución de la masa placentaria, aumento de los infartos blancos y mayor depósito de fibrina y calcificaciones. La vellosidad corial demuestra ausencia de fenómenos regenerativos, edema sincitial y trombosis arterial con hialinización y degeneración.<sup>16</sup>



#### -Macrosomía

Entre el 25% y el 30% de los neonatos postérmino pesan más de 4 000 g, cuando sobrepasan los 4 500 g se consideran macrosómicos (ACOG, 1991). El riesgo principal de la macrosomía es el traumatismo materno y/o fetal debido a un trabajo de parto prolongado y a la dificultad que existe en la extracción del feto. La distocia de hombros puede resultar en muerte neonatal, asfixia fetal con un grado variable de déficit neurológico, así como en lesiones tales como: parálisis del plexo braquial, del nervio frénico, fracturas de húmero, clavícula y cráneo y céfalohematomas (King, 1993). El trauma obstétrico es 12 veces más frecuente en los fetos que pesan más de 4 500 g, que en aquellos cuyo peso al nacer es menor de 4 000 g. (Wikström et al, 1988). El peso fetal estimado por ultrasonografía es importante en estos casos para tomar la decisión de cesárea, en vez de un trabajo de parto prolongado y una expulsión difícil.<sup>13</sup>

#### -Síndrome de postmadurez

Este síndrome se caracteriza por cambios cutáneos, pérdida del tejido celular subcutáneo y de la masa muscular por tinción meconial. Es una complicación que ocurre entre el 20% y 43% de los ECP (Homburg et al, 1979). Clifford (1954) clasificó estos eventos en tres etapas clínicas.<sup>14</sup>

#### -Sufrimiento fetal intraparto

La incidencia de cesárea en el ECP se ha señalado entre 5,4% y 13,1%, debido a las alteraciones en el registro de la frecuencia cardíaca fetal (Sachs and Friedman, 1986; Lovenó et al, 1984). Los trastornos más frecuentes son las desaceleraciones variables de moderadas a graves con recuperación lenta y los episodios de bradicardia fetal con pérdida de la variabilidad. Además, se pueden producir desaceleraciones tardías, pero son menos frecuentes. Las desaceleraciones variables son debidas a la compresión del cordón

umbilical, producto del oligoamnios y, en menor proporción, a insuficiencia placentaria (Rutherford et al, 1987).<sup>13</sup>

#### -Aspiración de meconio

La aspiración meconial intrauterina o en el período neonatal inmediato, puede resultar en neumonía severa con un aumento significativo de la morbi-mortalidad fetal (Sach and Friedman, 1986). La frecuencia de neumotórax está aumentada y los casos severos requieren de ventilación mecánica.

Estos recién nacidos frecuentemente presentan hipertensión pulmonar y el aumento de la presión pulmonar ocasiona cortocircuitos vasculares de derecha a izquierda a través del foramen oval y/o el ducto arterioso, lo que resulta en hipoxemia severa que requiere de ventilación asistida y, en ocasiones, oxigenación extracorpórea (Mannino, 1988).<sup>13</sup> La presencia de líquido amniótico meconial es 2 a 3 veces más frecuente en embarazos prolongados y en el 50% es espeso lo cual lleva al síndrome de aspiración meconial.<sup>4,9,20</sup>

#### -Oligoamnios

Un volumen de líquido amniótico inferior a 400 ml se asocia con complicaciones fetales, sobre todo, cuando se asocia a líquido meconial, alteraciones en los patrones de la frecuencia cardíaca fetal, la acidosis fetal, la compresión del cordón umbilical y la baja puntuación de Apgar. El oligoamnios puede ocurrir en forma rápida, por lo que es de suma importancia la medición frecuente del volumen del líquido amniótico.<sup>13</sup>

#### -Otros

Existe una mayor incidencia de policitemia (hematocrito 65%), en los recién nacidos postérmino que en los a término (6% versus 3%). Los síntomas incluyen: dificultad respiratoria, hipoglicemia, falla cardíaca y hemo-rragia pulmonar. La etiología de la policitemia aún se desconoce pero, probablemente, es secundaria al esfuerzo por

compensar una disminución de la perfusión placentaria. Así mismo, los recién nacidos posttérmino, tienen mayor riesgo de presentar hipoglicemia en las primeras 12 horas de vida debido a una menor reserva de glucógeno y a un incremento de la tasa metabólica (Lubchenco and Bard, 1971). La pérdida de la grasa subcutánea y la inhabilidad de generar calor en forma adecuada hacen que el recién nacido postmaduro presente hipotermia.<sup>13</sup>

### **2.3. Definición de Términos Básicos**

#### **EMBARAZO PROLONGADO**

Todo aquel embarazo cuya duración es mayor de 294 días o 42 semanas. Su frecuencia de presentación según los reportes de la literatura fluctúa entre el 4-14% para las 42 semanas y entre 2-7% para las 43 semanas de edad gestacional.

#### **FACTORES MATERNOS**

Son los elementos, características y circunstancias que presenta una mujer en período de gestación y que contribuyen al desarrollo de una eventualidad o enfermedad.

#### **EDAD:**

Es el tiempo de existencia de una persona u otro ser vivo desde su nacimiento.

#### **GRADO DE INSTRUCCIÓN:**

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

#### **OCUPACIÓN:**

Es el trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada.

#### ESTADO MARITAL:

El estado marital es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

#### PARIDAD

Se refiere al número de embarazos, un producto mayor de 20 semanas, con un peso mayor de 500 gr.

#### ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

Es el método más seguro para conocer el estado general del embarazo y según las semanas de gestación tiene sus indicaciones específicas a evaluarse.

#### FACTORES PERINATALES

Son los elementos, características y circunstancias que contribuyen al desarrollo de una eventualidad o enfermedad.

El término perinatal se emplea para referirse a todo aquello que es materia de tiempo inmediatamente anterior o posterior al momento del nacimiento, es decir, desde la semana 28 de gestación aproximadamente hasta los primeros siete días después del parto.

#### EDAD GESTACIONAL

Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación hasta un momento determinado.

#### MUERTE PERINATAL

Muerte fetal o neonatal que ocurre durante el embarazo tardío (a las 20 semanas completas de edad gestacional o más tarde), durante el nacimiento, o hasta completados los siete días después del nacimiento.<sup>14</sup>

## **CAPITULO III**

### **3. ASPECTOS OPERACIONALES**

#### **3.1. Hipótesis:**

Por ser un trabajo descriptivo simple no se consideró hipótesis de investigación.

#### **3.2. SISTEMA DE VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES**

- **Variable de estudio:**

Factores maternos y perinatales de embarazo prolongado.

## **CAPITULO IV**

### **4. MARCO METODOLOGICO**

#### **4.1. Dimensión Espacial y Temporal**

El presente estudio se realizó en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna que pertenece al Distrito, Provincia y Departamento de Tacna.

La recolección de datos se realizó la tercera semana de agosto del 2015 y se recabó información correspondiente al período de enero 2013 a diciembre del 2014.

#### **4.2. Tipo de Investigación**

El presente Trabajo de Investigación es:

- Retrospectivo. Por la época en que se captó la información.

- Transversal. Por el número de mediciones de la variable en estudio.
- Descriptivo. Por el análisis y el alcance de los resultados.  
Porque se describe el comportamiento de la variable involucrada.

### **4.3. Diseño de Investigación**

Se trata de un diseño no experimental, descriptivo simple, cuya fórmula es:

M-----O

Donde:

M: muestra en estudio

O: Observación de la variable en estudio.

La investigación es no experimental, transversal porque se obtienen datos directamente de la realidad objeto de estudio, sin manipular deliberadamente ninguna variable, lo que se hace es observar el fenómeno tal como se da en su contexto natural para después analizarlo.

### **4.4. Determinación del Universo/ Población**

Todas las gestantes con embarazo prolongado diagnosticado por ecografía, atendidas en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna durante enero a diciembre del 2014. Que fueron un total de 32.

### **4.5. Selección de la Muestra**

La muestra quedó constituida por las 32 gestantes con embarazo prolongado diagnosticado por ecografía.

## **4.6. Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

**4.6.1.** Fuente: es secundaria, porque la información se obtuvo por terceras personas en tiempo pasado.

**4.6.2.** Técnica: se realizó el acopio de datos de los registros hospitalarios, mediante la revisión del libro de registros ecográficos, de las historias clínicas y del sistema informático perinatal SIP 2000-3, del Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna.

**4.6.3.** Instrumento de Recolección de Datos:

El instrumento fue una Ficha de Recolección de Datos, para recolectar datos generales y resultados de las ecografías o ultrasonido de las gestantes en estudio, para posteriormente procesarlas y analizarlas.

## **4.7. Técnicas de Procesamiento, Análisis de Datos y Presentación de Datos.**

Para tener acceso a la información, se solicitó la autorización del servicio de ginecoobstetricia. Los datos después de ser recolectados se procesaron (Microsoft office Excel) y posteriormente fueron vaciados en tablas de frecuencias con sus respectivas figuras para su análisis e interpretación.



## CAPITULO V

### RESULTADOS

TABLA 1

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN EDAD DE LA GESTANTE CON EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2013-2014**

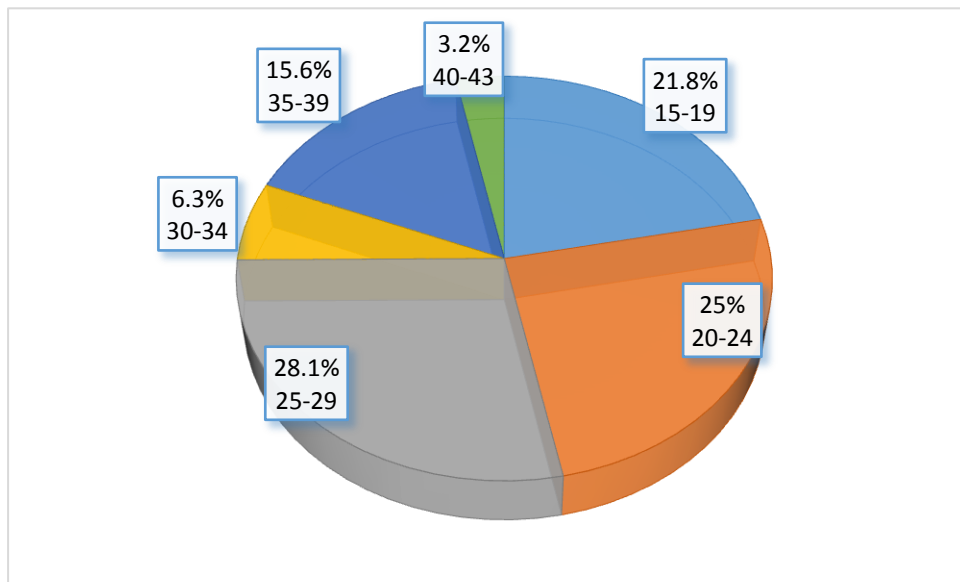
EDAD	N°	%
15 - 19	7	21.8
20 - 24	8	25
25 - 29	9	28.1
30 - 34	2	6.3
35 - 39	5	15.6
40 -43	1	3.2
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Análisis e Interpretación:** En la tabla se puede observar la distribución de las edades de las gestantes con embarazo prolongado que tuvieron su parto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna el año 2013-2014, observándose que un 28.1 % se encuentran entre las edades de 25 a 29 años, seguido de un 25 % entre las edades de 20 a 24 años, un 21.8 % entre las edades de 15 a 19 años, un 15.6 % entre las edades de 35 a 39 años, un 6.3 % entre las edades de 30 a 34 años, y finalmente un 3.2 % que corresponde a las edades de 40 a 43 años.

**FIGURA 1**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN EDAD DE LA GESTANTE CON EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA .2013-2014**



Fuente: Tabla 1

**TABLA 2**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA GESTANTE CON EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2013-2014**

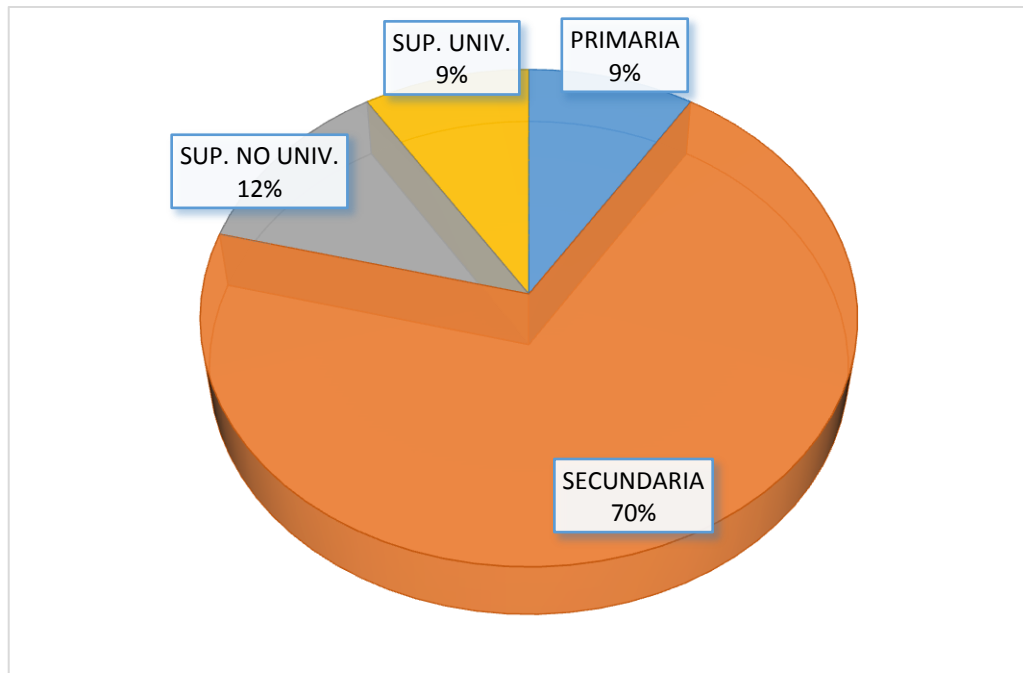
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
PRIMARIA	3	9
SECUNDARIA	22	70
SUP. NO UNIV.	4	12
SUP. UNIVERSITARIO	3	9
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Análisis e Interpretación:** En la tabla se puede observar la distribución del grado de instrucción de las gestantes con embarazo prolongado diagnosticado por ecografía, que tuvieron su parto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna el 2013-2014, observándose un 70% con secundaria, un 12 % con superior no universitario y un 9 % con superior universitario y otro 9 % con primaria.

**FIGURA 2**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA GESTANTE CON EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2013-2014**



**Fuente:** Tabla 2

**TABLA 3**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN ESTADO CIVIL DE LA GESTANTE CON EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2013-2014**

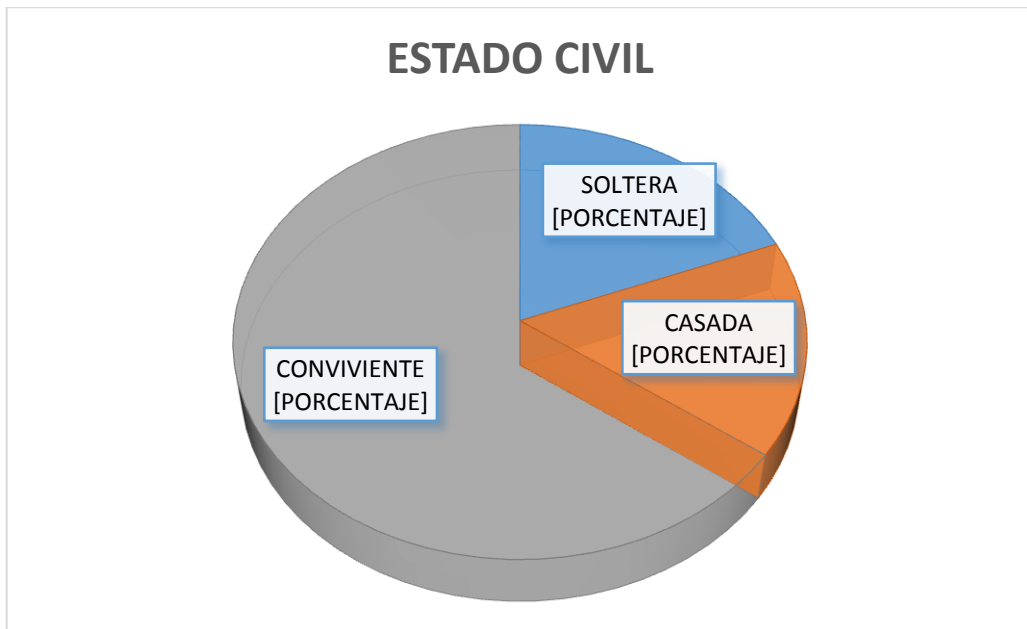
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
SOLTERA	6	19
CASADA	5	16
CONVIVIENTE	21	65
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Análisis e Interpretación:** En la tabla se puede observar la distribución del estado civil de las gestantes con embarazo prolongado diagnosticado por ecografía, que tuvieron su parto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna el 2013-2014, un 65 % son convivientes, un 19 % son solteras, un 16 % son casadas.

**FIGURA 3**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN ESTADO CIVIL DE LA GESTANTE CON EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2013-2014**



**Fuente:** Tabla 3

**TABLA 4**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN PARIDAD DE LA GESTANTE CON EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2013-2014**

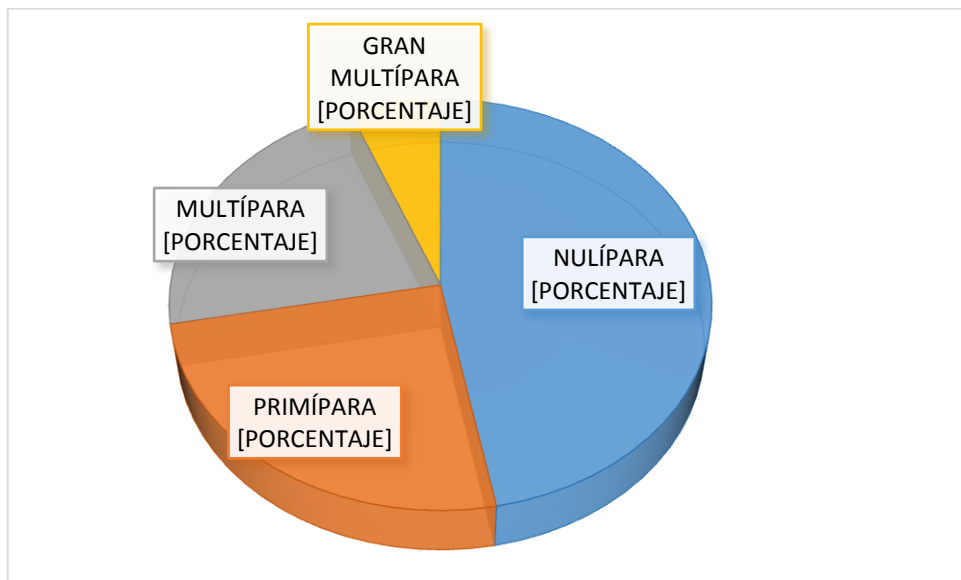
<b>PARIDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
NULIPARA	15	47
PRIMIPARA	8	25
MULTIPARA	7	22
GRAN MULTIPARA	2	6
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Análisis e Interpretación:** En la tabla se puede observar la distribución según paridad de las gestantes con embarazo prolongado diagnosticado por ecografía, que tuvieron su parto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna el 2013-2014, un 47 % corresponde al grupo de nulíparas (0 partos), seguido del 25 % que corresponde al grupo de primíparas (1 parto), el 22 % al grupo de múltiparas (2 a 4 partos) y sólo el 6 % al grupo de gran múltiparas (5 a más partos).

**FIGURA 4**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN PARIDAD DE LA GESTANTE CON EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2013-2014**



Fuente: Tabla 4



**TABLA 5**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE LA GESTANTE CON EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2013-2014**

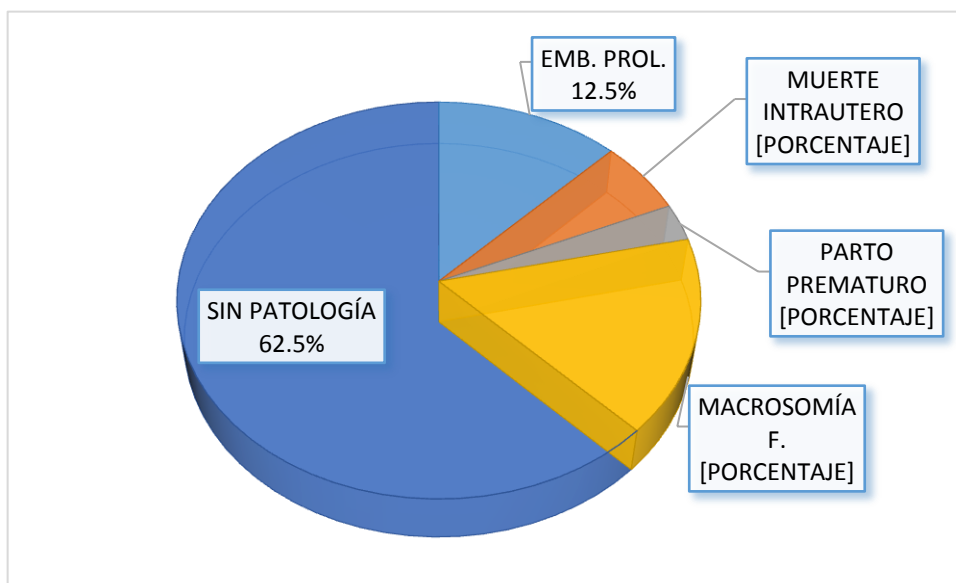
<b>ANT.PATOLÓGICOS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
EMB. PROLONGADO	4	12.5
MUERTE INTRAUTERO	2	6
PARTO PREMATURO	1	3
MACROSOMÍA F.	5	16
SIN PATOLOGÍA	20	62.5
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Análisis e Interpretación:** En la tabla se puede observar la distribución según antecedentes patológicos de las gestantes con embarazo prolongado diagnosticado por ecografía, que tuvieron su parto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna el 2013-2014, un 62.5 % no tuvieron ningún antecedente patológico un 16 % tuvo como antecedente macrosomía fetal, un 12.5 % embarazo prolongado, un 6 % muerte fetal intrauterino y un 3 % parto prematuro.

**FIGURA 5**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE LA GESTANTE CON EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2013-2014**



Fuente: Tabla 5

**TABLA 6**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN PATOLOGÍAS DE LA GESTANTE CON EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2013-2014**

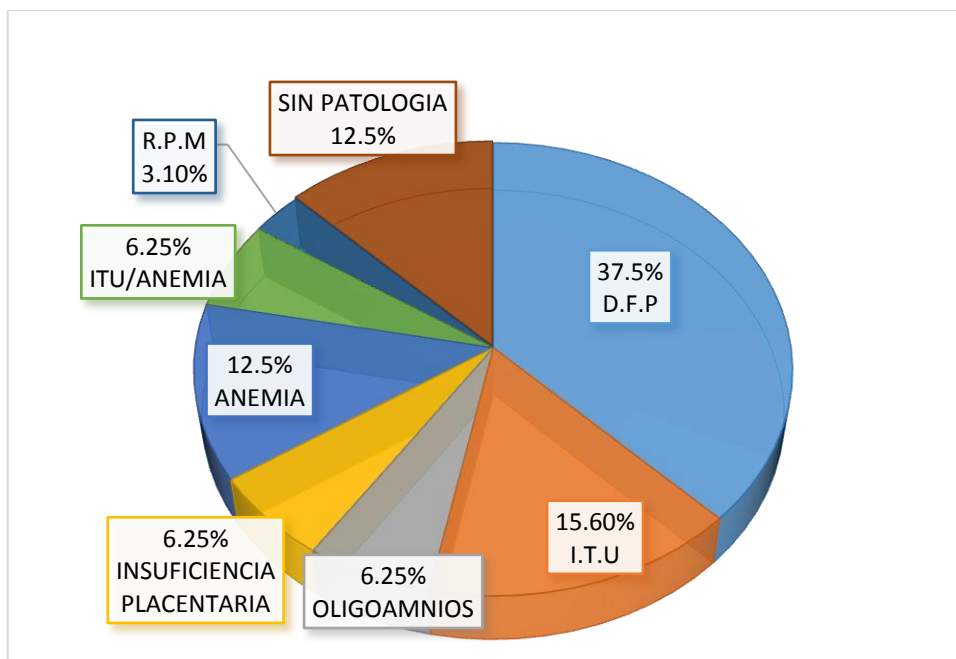
<b>PATOLOGÍA MATERNAS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
DESproporción FETO PÉLVICA	12	37.50%
INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO	5	15.60%
INSUFICIENCIA PLACENTARIA	2	6.25%
OLIGOAMNIOS	2	6.25%
ANEMIA	4	12.50%
ITU/ANEMIA	2	6.25%
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA	1	3.10%
SIN PATOLOGÍA	4	12.50%
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Análisis e Interpretación:** En la tabla se puede observar la distribución según patologías de las gestantes con embarazo prolongado diagnosticado por ecografía, que tuvieron su parto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna el 2013-2014, un 37.5 % presentaron como patología la desproporción feto pélvica, un 15.6 % infección del tracto urinario, un 12.5 % anemia, otro 12.5 % no presentaron patologías, un 6.25 % infección del tracto urinario y anemia simultáneamente, un 6.25 insuficiencia placentaria %, un 6.25 % oligoamnios y un 3.1 % ruptura prematura de membrana.

**FIGURA 6**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN PATOLOGÍAS DE LA GESTANTE CON EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2013-2014**



Fuente: Tabla 6

**TABLA 7**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LA GESTANTE CON EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2013-2014**

<b>VÍA DEL PARTO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
VAGINAL	13	41
CESAREA	19	59
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Análisis e Interpretación:** En la tabla se puede observar la distribución según la vía de culminación del parto de las gestantes con embarazo prolongado que tuvieron su parto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna el 2013-2014, un 59 % fueron partos distócicos (cesáreas) y un 41 % partos eutócicos (vaginales).

**FIGURA 7**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LA GESTANTE CON EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2013-2014**



**Fuente:** Tabla 7

**TABLA 8**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN SEXO DEL RECIEN NACIDO EN EL EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2013-2014**

<b>SEXO RN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
M	18	56
F	14	44
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Análisis e Interpretación:** En la tabla se puede observar la distribución según sexo de los recién nacidos de las gestantes con embarazo prolongado que tuvieron su parto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna el 2013-2014, observándose que un 56% son de sexo masculino, mientras que el 44% corresponden al sexo femenino.

**FIGURA 8**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN SEXO DEL RECIEN NACIDO EN EL EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2013-2014**



**Fuente:** Tabla 8



**TABLA 9**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN PESO POR EDAD GESTACIONAL DEL RECIEN NACIDO EN EL EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2013-2014**

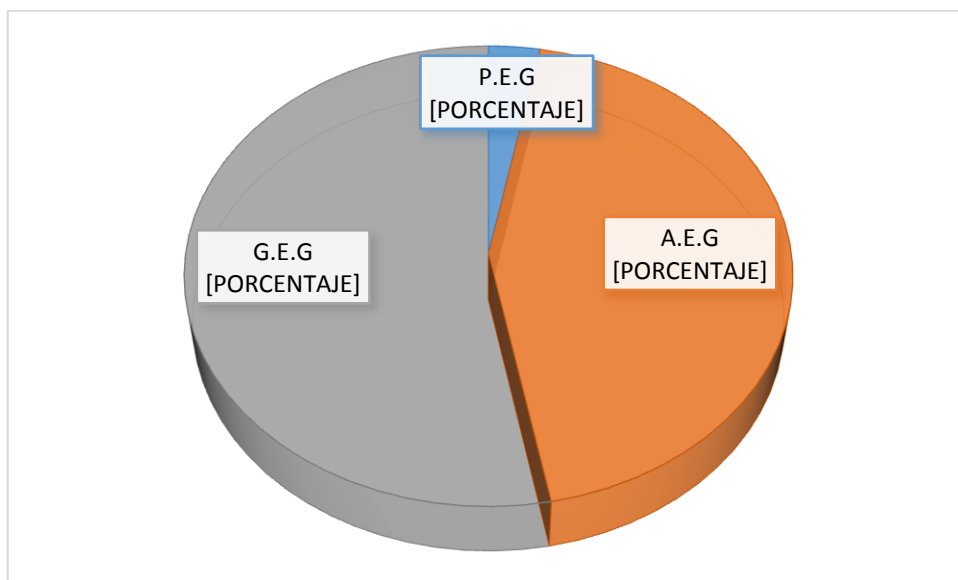
<b>PESO POR EDAD GESTACIONAL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Pequeño para edad gestacional(PEG)	1	3
Adecuado para edad gestacional(AEG)	14	44
Grande para edad gestacional(GEG)	17	53
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Análisis e Interpretación:** En la tabla se puede apreciar la distribución según peso por edad gestacional del Recién Nacido en el embarazo prolongado diagnosticado por Ecografía en el Hospital HipólitoUnanuede Tacna 2013-2014, un 53 % es grande para edad gestacional (GEG), un 44 % es adecuado para edad gestacional (AEG) y un 3 % pequeño para edad gestacional (PEG)..

**FIGURA 9**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN PESO POR EDAD GESTACIONAL DEL RECIEN NACIDO EN EL EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2013-2014**



Fuente: Tabla 9

**TABLA 10**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN EDAD GESTACIONAL DEL RECIEN NACIDO CALCULADA POR CAPURRO EN EL EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2013-2014**

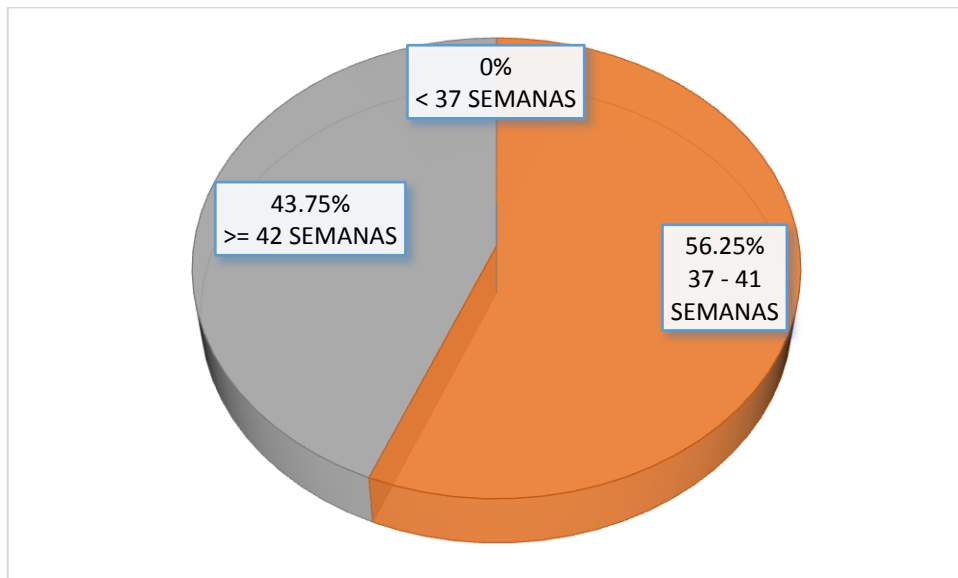
<b>EDAD GESTACIONAL(CAPURRO)</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
< 37 SEMANAS	0	0
37 - 41 SEMANAS	18	56.25%
>= 42 SEMANAS	14	43.75%
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Análisis e Interpretación:** En la tabla se puede apreciar la distribución según edad gestacional del Recién Nacido calculada por el test de Capurro, en el embarazo prolongado diagnosticado por Ecografía en el Hospital HipólitoUnanuede Tacna 2013-2014, un 56.25 % tuvo edad gestacional entre 37 y 41 semanas, y un 43.75 % tuvo edad gestacional igual o mayor a 42 semanas.

**FIGURA 10**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN EDAD GESTACIONAL DEL RECIEN NACIDO CALCULADA POR CAPURRO EN EL EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2013-2014**



**Fuente:** Tabla 10

**TABLA 11**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN APGAR AL MINUTO DEL RECIEN NACIDO EN EL EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2013-2014**

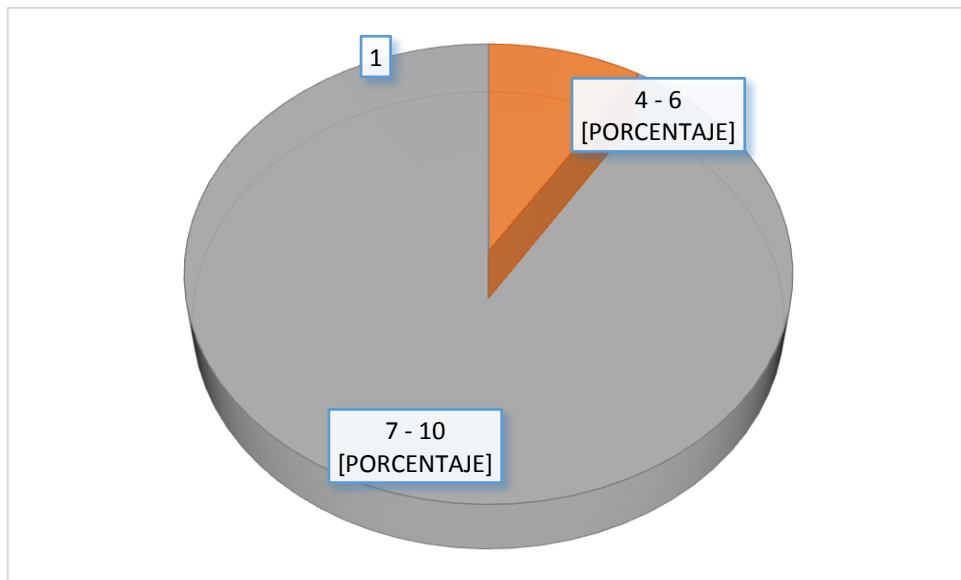
<b>APGAR AL MINUTO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
0 - 3	0	0
4 -- 6	3	9
7 -- 10	29	91
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Análisis e Interpretación:** En la tabla se puede apreciar la distribución según el apgar al minuto del recién nacido en el embarazo prolongado diagnosticado por ecografía en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2013-2014, un 91 % es de 7-10 puntos y un 9 % de 4-6 puntos.

**FIGURA 11**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN APGAR AL MINUTO DEL RECIEN NACIDO EN EL EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2013-2014**



**Fuente:** Tabla 11

**TABLA 12**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN APGAR A LOS CINCO MINUTOS DEL RECIEN NACIDO EN EL EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2013-2014**

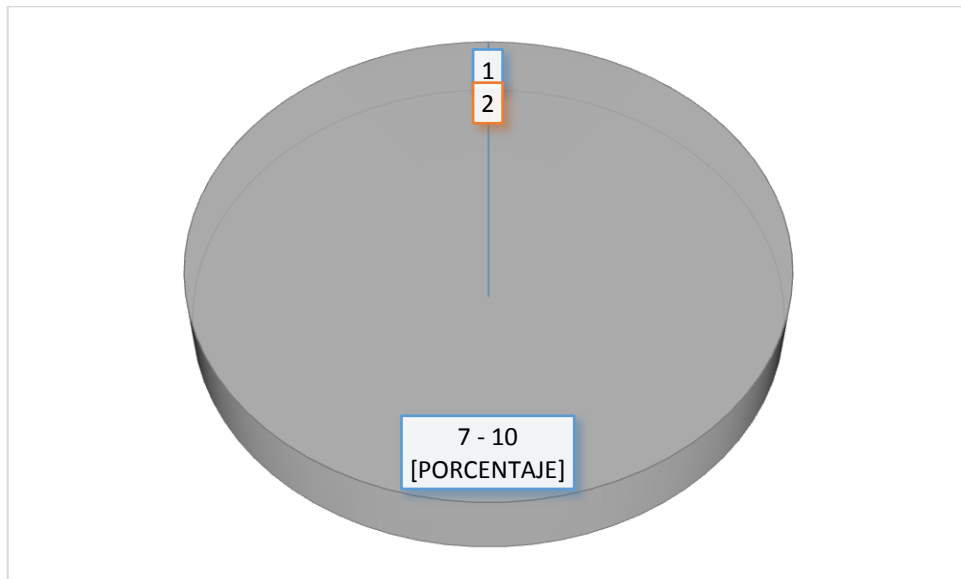
<b>APGAR A LOS 5 MINUTOS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
0 - 3	0	0
4 -- 6	0	0
7 -- 10	32	100
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Análisis e Interpretación:** En la tabla se puede apreciar la distribución según el apgar a los cinco minutos del recién nacido en el embarazo prolongado diagnosticado por ecografía en el Hospital HipólitoUnanuede Tacna 2013-2014, un 100 % es de 7-10 puntos.

**FIGURA 12**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN APGAR A LOS CINCO MINUTOS DEL RECIEN NACIDO EN EL EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2013-2014**



**Fuente:** Tabla 12



**TABLA 13**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN PATOLOGÍAS PERINATALES EN EL EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2013-2014**

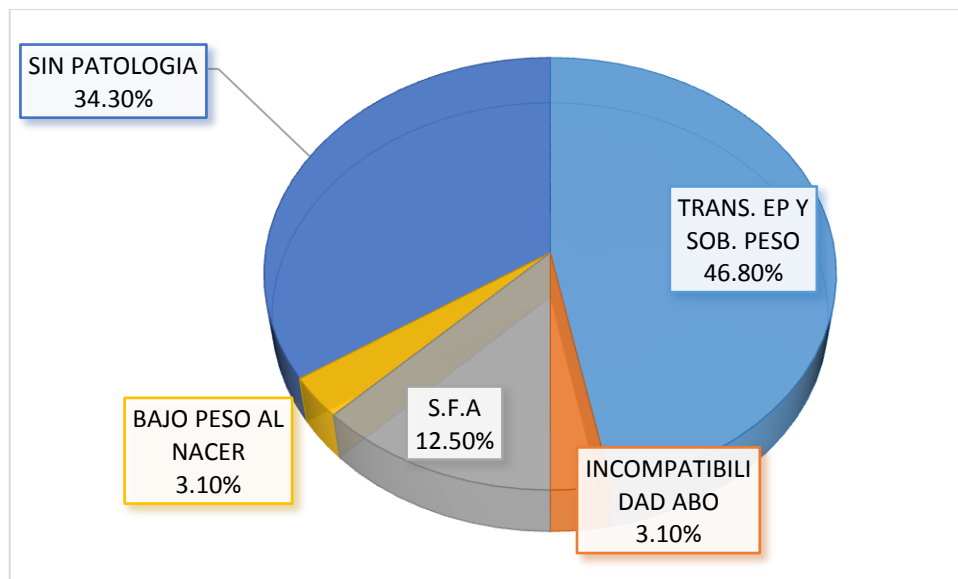
<b>PATOLOGIAS PERINATALES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
TRANSTORNO POR EP Y SOB. P.	15	46.80%
INCOMPATIBILIDAD ABO	1	3.10%
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	4	12.50%
BAJO PESO AL NACER	1	3.10%
SIN PATOLOGIA	11	34.30%
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Análisis e Interpretación:** En la tabla se puede observar la distribución según patologías del recién nacido en el embarazo prolongado diagnosticado por ecografía, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2013-2014, un 46.8 % presentaron transtorno por embarazo prolongado y sobrepeso, un 34.3 % no presentaron patologías, un 12.5 % sufrimiento fetal agudo, un 3.1 % bajo peso al nacer y otro 3.1 % incompatibilidad ABO.

**FIGURA 13**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION SEGÚN PATOLOGÍAS PERINATALES EN EL EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2013-2014**



**Fuente:** Tabla 13

## **CAPITULO VI**

### **DISCUSIÓN**

El diagnóstico de embarazo prolongado con frecuencia se basa en una edad gestacional según último período menstrual, que muchas veces es incierto, lo que incrementa erróneamente la incidencia de embarazos prolongados.

Para evitar este diagnóstico erróneo en el presente estudio, se ha considerado la determinación de la edad gestacional por ecografía en el primer trimestre y la ecografía realizada al ingreso de la paciente al servicio de ginecoobstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

En el presente estudio la incidencia del embarazo prolongado diagnosticado por ecografía fue de 0.46 %.

Chavarry Valencia y Col, demostraron que la incidencia de embarazo prolongado fue de un 7.5 % y se redujo a 2.6 % con ecografía precoz<sup>8</sup>.

A través del tiempo se han dado diversas modalidades con respecto a la conducta obstétrica en el embarazo prolongado, según Balestena, la inducción en el trabajo de parto de un embarazo prolongado es eficaz para disminuir la morbimortalidad de los neonatos<sup>9</sup>. Sin embargo Wirtgen, plantea que la

inducción es necesaria sólo en gestantes cuyo embarazo prolongado se acompaña con otras alteraciones de la gestación, y que el manejo debe ser conservador, siempre y cuando se acompañe de bienestar fetal<sup>14</sup>.

En relación a los factores maternos, en el presente estudio, el grupo etéreo mayor fue de 20 a 29 años (con un 53.1 %) que es la edad idónea para la reproducción y está considerado dentro del grupo de bajo riesgo, según lo referido por la OMS (Organización Mundial de la Salud). Chavarry Valencia, Flor de María y Col. encontró también que el mayor grupo etéreo fue de 20 a 35 años, con un 76 %.

Y Liñan Carrizales de 20 a 34 años con 64.4 %.

En cuanto al grado de instrucción el 69 % de las gestantes con embarazo prolongado tuvieron secundaria completa y el 65 % convivientes, este último resultado coincide con el 66.1 % del autor Liñan Carrizales W.

En cuanto a la paridad el 47 % de las gestantes con embarazo prolongado fueron nulíparas, de las cuales el 50 % comenzó su trabajo de parto espontáneamente, el 35 % tuvo indicación de cesárea desde el inicio y el 15 % fue inducido. Resultados que coinciden según el estudio de Alvarez Ponce Vivian y Col. Cuba, el 60.4 % fueron nulíparas y el 49.4 % comenzó el trabajo de parto espontáneo. Se concluye que lo descrito es similar a la literatura médica revisada.<sup>4,8</sup>

En cuanto a los antecedentes patológicos maternos de las gestantes en estudio el 62.5 % no presentaron ningún antecedente patológico, pero cabe mencionar que un porcentaje considerable tuvo como antecedente fetos macrosómicos, embarazos prolongados previos y muerte fetal intrauterina.

Según un estudio del autor Dávila Castillo G. (Lima, 1991) Hospital Arzobispo Loayza, existe efecto del embarazo prolongado en la morbilidad perinatal, así como también existen factores maternos asociados, tales como antecedentes de embarazo prolongado, peso gravídico y al parto la DCP (desproporción céfalo pélvica), son características maternas que se relacionaron al de meconio; fueron 6 y 3 veces más frecuentes, respectivamente.<sup>12</sup>

En relación a las patologías maternas de las gestantes en estudio un 37.5 % presentaron DFP (desproporción feto pélvica), seguido de otras patologías

como infecciones del tracto urinario, anemias, insuficiencia placentaria, oligoamnios, y ruptura prematura de membranas.

Los riesgos del embarazo prolongado están asociados a la disminución de la función placentaria resultando en oligoamnios, disminución del desarrollo fetal, aspiración meconial, asfixia, neumonía, malformaciones, distocia de hombros y potencialmente mortalidad en pacientes con gestaciones de 41 a 42 semanas.<sup>15,16</sup> El 10 % presenta incremento de riesgo de muerte perinatal, falla cardíaca intraparto, aspiración de meconio, macrosomía y parto por cesárea.<sup>17</sup> El riesgo de mortalidad se incrementa a las 42 semanas al doble en relación a las pacientes a término, 4,7% vs. 2 – 3 muertes por mil nacidos vivos debido a insuficiencia útero placentaria, aspiración meconial e infección intrauterina<sup>15,18</sup>.

En el presente estudio, en relación al modo de término de la gestación se encontró que el 59 % tuvieron parto abdominal. De estas, el 68.4% tuvo indicación de cesárea desde la primera evaluación, el 26.3 % tuvo inicio de labor de parto espontáneo y el 5.3 % tuvo inicio de labor de parto inducido. En relación al parto vaginal se encontró que el 41 % de mujeres con embarazo prolongado termino su gestación por esta vía, de los cuales el 69.2 % tuvo inicio de labor de parto espontáneo, y el 30.8 % inducido.

Morejón en un estudio encontró que la cesárea se incrementó 5,2 veces en pacientes inducidas que en las que inició parto espontáneo.<sup>21</sup>

Álvarez Ponce V.Cuba.<sup>4</sup> y Liñán Carrizales W. Lima.<sup>11</sup>, según estudios indican que el mayor porcentaje de las gestantes con embarazo prolongado, terminaron en cesárea un 55.9 % y 46.5 % en parto vaginal; resultados que coinciden con los encontrados en este estudio.

Así mismo para el presente estudio la indicación de cesárea más frecuente, en el embarazo prolongado, fue la desproporción céfalo pélvica (principalmente por macrosomía fetal), seguida de sufrimiento fetal agudo e insuficiencia útero placentaria.

Resultados que difieren de otros estudios en donde se encontró que la principal indicación de parto abdominal fue sufrimiento fetal agudo 49,9%, seguido de inducción fallida 24,4%, y desproporción céfalo pélvica (DCP) 12,3%.<sup>21</sup>

En el presente estudio se encontró que el 53 % de los recién nacidos tuvo un peso superior a 4000 g, siendo estos GEG (grandes para edad gestacional), seguido de un 44 % de recién nacidos con peso AEG (adecuado para edad gestacional). Lo que coincide con los resultados encontrados por Balestena Sanchez, J, en que la macrosomía fetal (4 000 g y más) tuvo una incidencia 6,5 veces mayor en el grupo de pacientes con embarazos prolongados que en el grupo a término.<sup>9</sup>

Sin embargo no coincide con el estudio de Chavarry Valencia Flor y Col. Quién encontró un 85.9 % de recién nacidos AEG y sólo un 11.1 % GEG., lo que significa que la mayoría de recién nacidos de madres con embarazo prolongado nacen con un peso adecuado para la edad gestacional.<sup>4,9,16</sup>

Algunos autores señalan que la placenta disminuye su función en el embarazo postérmino, pero esto puede no ocurrir y ella continuar aportando nutrientes al feto, lo cual puede explicar el alto índice de macrosómicos que nacen de los embarazos prolongados.<sup>14, 22</sup>

En nuestro estudio encontramos que el 9 % de los nacidos vivos tuvo un apgar al minuto < de 7 puntos, pero pasados los 5 minutos la totalidad se había recuperado. Así mismo no presentaron patologías perinatales un 34.4 % y un 65.6 % si presentaron patologías; de los cuales un 46.8 % fueron trastornos por embarazo prolongado y sobrepeso (15 casos), un 12.5 % sufrimiento fetal agudo (4 casos), un 3.1 % bajo peso al nacer(1 caso), y otro 3.1 % incompatibilidad ABO(1 caso).

## **CAPITULO VII**

### **CONCLUSIONES**

- La frecuencia de embarazo prolongado fue de 0.46 % para el presente estudio.
  - Dentro de los factores maternos presentes en gestantes con embarazo prolongado se encontró: que la mayoría (53.1 %) tenían entre 20 a 29 años de edad; el grado de instrucción que predominó fue secundaria completa (69 %). En cuanto al estado civil el 65 % fueron convivientes. El 47,0 % fueron nulíparas, es decir que no tuvieron ningún parto anterior. De las gestantes con embarazo prolongado un 37.5 % si presentaron antecedentes patológicos, de los cuales un 16 % fue macrosomía fetal, un 12.5 % embarazo prolongado y un 6 % muerte intrauterina, porcentajes importantes de mencionar.
- Del total de gestantes con embarazo prolongado un 87.5 % presentaron patologías maternas y un 12.5 % no las presentaron. Un 37.5 % presentaron DFP (desproporción feto pélvica), seguido de otras patologías como infecciones del tracto urinario (15.6 %), anemias (12.5 %), insuficiencia placentaria (6,25 %), oligoamnios (6.25 %) y ruptura prematura de membranas (3.1 %). En relación a la vía de culminación del parto predominó la cesárea con un 59 %.

- Dentro de los Factores perinatales presentes en el embarazo prolongado se encontró en el recién nacido predominio del sexo masculino con un 56 %.

De los recién nacidos de madres con embarazo prolongado el 53% fue GEG (grande para edad gestacional), el 56.25 % tuvo de 37 a 41 semanas según test de Capurro; siendo también importante de mencionar que un 45,7% tuvieron de 42 semanas a más.

El 91 % de recién nacidos tuvo un apgar al minuto de 7 a 10 de puntaje. Los recién nacidos con apgar < 7 de puntaje (9 %), se recuperaron al cien por ciento a los cinco minutos.

Del total de recién nacidos un 65.6 % si presentaron patologías perinatales y un 34.4 % no las presentaron; de los cuales un 46.8 % fueron trastornos por embarazo prolongado y sobrepeso, seguido de un 12.5 % por sufrimiento fetal agudo.



## **CAPITULO VIII**

### **RECOMENDACIONES**

- Aplicar estrategias en las diferentes instituciones de salud, para mejorar el registro y obtener un expediente clínico completo del paciente, que sea de utilidad para futuras investigaciones.
- En los establecimientos de salud del primer nivel de atención, se debe poner énfasis en la importancia de una adecuada atención prenatal, que implique el inicio precoz de ésta, con el fin de hacer un buen diagnóstico de la edad gestacional y detectar en forma oportuna los riesgos, y poder tomar las medidas preventivas ante cualquier complicación, como en el caso de embarazos prolongados.
- Otras instituciones de salud deben aplicar el presente estudio a otras poblaciones de gestantes con diferentes características, y realizar estudios comparativos, para identificar otros posibles factores maternos y perinatales asociados al embarazo prolongado, y plantear medidas correctivas acorde a su realidad.

## CAPITULO IX

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. García-Monroy L. Embarazo Prolongado en: Nuñez-Maciel E. et al. Tratado de Ginecología y Obstetricia, Volumen II Cap.50. México, Ed. Cuéllar, S.A de C.V; 2001.
2. Matute GMM. Inicio del trabajo de parto. En: Nuñez-Maciel E. et al. Tratado de Ginecología y Obstetricia, Volumen I Cap.10. México, Ed. Cuéllar, S.A de C.V; 2001.
3. Clinicas Obstétricas y Ginecologicas Vol 1:2002. McGraw-Interamericana.
4. Alvarez Ponce Vivian Asunción. Lugo Sánchez Ana María; Alvarez Sánchez Aleida Zaida; Muñiz Rizo Milagros Eusebia. Comportamiento del embarazo prolongado en el servicio de cuidados perinatales / Behavior of prolonged pregnancy at the perinatal care service *Rev. cuba. obstet. Ginecol. mayo-ago. 2004. Tab. 30(2).*
5. Cunningham G, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hauth J, Wenstrom K E, Embarazo Prolongado En: Williams Obstetricia. 21a. ed. Madrid-España. Editorial Médica Panamericana S. A. 2001.
6. Iqbal S. Management of. Prolonged pregnancy. *J. Coll Physicians Surg Pak* 2004; 274-7

7. Clifford S. Postmaturity with placental disfunction. Clinical Syndromes and pathologic finding. J. Pediatr. 1954; 44:1.
8. Chavarry Valencia Flor de María, Cabrera Epiquen Ronald Alfredo, Díaz Herrera Jorge Antonio. Características maternas y perinatales de las pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado. *Rev. méd. hered;* 20(4): 200-205, oct.- dic. 2009.
9. Balestena Sánchez Jorge M, Pino Malagón Esteban, Suárez Blanco Ciro; Soto Urquiola Manuel. Características maternas y resultados perinatales en el embarazo prolongado / Maternal characteristics and perinatal results in prolonged pregnancy. Rev. Cuba. obstet. ginecol.; ene.-abr. 2002. Tab. 28(1): 11-17
10. Wang M, Fontaine P. Common questions about late-term and postterm pregnancy. Preguntas comunes sobre embarazo tardío y prolongado. Am Fam Physician. 2014 Aug.
11. Liñán Carrizales, Walter Alberto (Lima, 2013). Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes con embarazo prolongado, atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo 2010-2012.
12. Dávila Castillo Gianina Alicia (Lima, 1991). Embarazo Prolongado Características Maternas y Morbilidad Perinatal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo 2008-2012.
13. Vaiinsanen-Tomimiska M y Colaboradores. Embarazo Cronológicamente Prolongado y Síndrome de Posmadurez. Estudio Finlandia 2004
14. Wirtgen P. Prolonged Pregnancies. Rev Prot 1995; 45(14): 1748-50
15. Crisostomo SP. Pregnancy prolonged. Current Obstetrics y Gynecology 2005; 15: 73-79.
16. Olesen A, Westergard JG, Olsen J, Perinatal and maternal complications related to post-term delivery: A national register-based study, 1978-1993. Am J Obstet and Gynecol 2003; 189(1): 222- 226.
17. Sanchez R, Ollivier F, Delke I, Kaunitz A. Labor Induction Versus Expectant Management for post-term pregnancies a systematic review with metanalysis. Obstet Gynecol 2003; 101: 1312-7.
18. American College of Obstetricians and Gynecologist. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Management of Post-term Pregnancy. ACOG Practice Bulletin 2004; 55(104): 639-646.

19. Corrales A, Carrillo T. Problemática actual del embarazo prolongado: Esperar o inducir. Rev Cubana de Obstet y Ginecol 2002; 28: 3.
20. Rivero M. Guiusti SA. Embarazo Prolongado: resultados perinatales. Revista Médica del Nordeste Argentina 2004; 6: 11-13
21. Morejon TE, Piloto MM, Pino ME, Breijo H. Embarazo prolongado. Rev Cubana de Obstet y Ginecol 2002; 26: 48-53.
22. Chaun SP, Sullivan CA, Luton TC. Parous patients estimate of birth weight in postterm pregnancy. J Perinatol 1995; 15(3):192-4.

# ANEXOS

### ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DEL PROYECTO: FACTORES MATERNOS Y PERINATALES EN EL EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA, EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2013-2014

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODO
<p><b>GENERAL:</b> ¿Cuáles son los Factores Maternos y Perinatales en el Embarazo Prolongado diagnosticado por ecografía, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el período comprendido entre enero 2013 a diciembre 2014?</p> <p><b>ESPECIFICOS:</b> ¿Cuál es la frecuencia de</p>	<p><b>GENERAL:</b> Determinar los Factores Maternos y Perinatales en el embarazo prolongado diagnosticado por ecografía, para obtener datos preliminares que ayuden a implementar medidas correctivas en su manejo y así contribuir a disminuir los casos de morbilidad materno perinatal.</p> <p><b>ESPECÍFICOS:</b> - Determinar la frecuencia de</p>	<p>Por ser un estudio de scriptivo simple no se considera hipótesis de investigación</p>	<p>EMBARAZO PROLONGADO</p> <p>FACTORES MATERNOS</p> <p>FACTORES</p>	<p>-42 + sem</p> <p>-Edad materna</p> <p>-Grado de Instrucción</p> <p>-Estado Civil</p> <p>-Paridad</p> <p>-Antecedentes Patológicos</p> <p>-Patología materna</p> <p>-Sexo del Recién Nacido</p>	<p><b>POBLACIÓN:</b>Todas las gestantes con embarazo prolongado diagnosticado por ecografía, atendidas en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna durante el 2013-2014. <b>MUESTRA:</b> Será el 100% de la población, por ser ésta pequeña. <b>TIPO INVESTIGACION:</b> Retrospectivo, transversal y</p>

<p>embarazo prolongado diagnosticado por ecografía, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el período comprendido entre enero 2013 a diciembre 2014?</p> <p>¿Cuáles son los factores maternos en el embarazo prolongado diagnosticado por ecografía, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el período comprendido entre enero 2013 a diciembre 2014?</p> <p>¿Cuáles son los</p>	<p>embarazo prolongado diagnosticado por ecografía, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el período comprendido entre enero 2013 a diciembre 2014.</p> <p>-Identificar los factores maternos en el embarazo prolongado diagnosticado por ecografía, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el período comprendido entre enero 2013 a diciembre 2014.</p> <p>-Identificar los factores perinatales en el embarazo prolongado diagnosticado por</p>		<p>PERINATAL ES.</p>	<p>-Peso R.N. -Edad gestacional de R.N. -Patologías perinatales</p>	<p>descriptivo.DISEÑO: No experimental, descriptivo simple. TECNICA: acopio de datos de registros hospitalarios: libros ecográficos, historias clínicas y del sistema informático perinatal SIP 2003, del Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. INSTRUMENTO: Ficha de Recolección de Datos generales y resultados de las ecografías, para</p>
--	---	--	----------------------	---	--

factores perinatales en el embarazo prolongado diagnosticado por ecografía, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el período comprendido entre enero 2013 a diciembre 2014?	ecografía, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el período comprendido entre enero 2013 a diciembre 2014.				posteriormente procesarlas y analizarlas.  -
--	---	--	--	--	--



## ANEXO 2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Criterios de medición	categoría
Embarazo Prolongado	Gestación con una duración mayor 42 sem.	Cuantitativa	-Pos término -A Término -Pre término	42 + sem 37-41 sem 20-36 sem	Ordinal	Si no
Factores maternos	Elemento, característica, circunstancia que contribuye al desarrollo de la enfermedad	Cualitativa	-Edad materna  -Grado de Instrucción  -Estado Civil  -Paridad	-15- 19 años -20-24 años -25-29 años 30-34 años 35-39 años 40 a más  -Sin instrucción - Primaria -Secundaria -Sup. No Universitario -Sup. Universitario -Soltera -Casada -Conviviente - Nulípara  -Primípara - Multípara -Gran multípara	Nominal	Si No

Factores Perinatales			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Antecedentes Patológicos</li>   <li>-Patología materna</li>   <li>Sexo del Recién Nacido</li>   <li>-Edad Gestacional de R.N.</li>   <li>Patologías perinatales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Embarazo prolongado</li> <li>Macrosomía Fetal</li> <li>Muerte intrauterino</li> <li>-Oligohidramnios</li> <li>-RCIU</li> <li>-Insuficiencia Placentaria</li> <li>-RPM</li> <li>-Anemia</li> <li>-ITU</li> <li>-Desproporción Feto pélvica.</li> <li>- Femenino</li> <li>-Masculino</li> <li>-PEG</li> <li>-AEG</li> <li>-GEG</li> <li>-Macrosomía Fetal</li> <li>-Transtorno x Emb. Prolong/</li> <li>Sobrepeso</li> <li>-Sufrimiento Fetal</li> <li>-Bajo peso al nacer</li> </ul>		
----------------------	--	--	--	--	--	--



**ANEXO 3**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Nº
----

**I. DATOS GENERALES MATERNOS**

EDAD MATERNA: .....

EDAD GESTACIONAL: .....

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS: G.....P...A.....R.....A..

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS .....

PATOLOGIAS MATERNAS:

-Pre eclampsia SI ( ) NO ( )

-Oligohidranmios SI ( ) NO ( )

-Polihidranmios SI ( ) NO ( )

- Diabetes SI ( ) NO ( )

-D.P.P. SI ( ) NO ( )

-Insuficiencia Placentaria SI ( ) NO ( )

-RCIU SI ( ) NO ( )

-Hipertensión Arterial Inducida SI ( ) NO ( )

Otros.....

DIAGNOSTICO ECOGRAFICO .....

.....

**II. DATOS GENERALES DEL RECIEN NACIDO**

SEXO: Femenino ( ) Masculino ( )

PESO: .....

APGAR: 1'.....5'.....

EDAD GESTACIONAL (TEST CAPURRO): .....



### III. RESULTADOS PERINATALES

#### VIA DEL PARTO:

Cesárea ( ) Diagnóstico de ingreso.....

Diagnóstico de egreso.....

Vaginal ( ) Diagnóstico de ingreso.....

Diagnóstico de egreso.....

#### PATOLOGIAS PERINATALES:

-Macrosomía Fetal SI ( ) NO ( )

- Asfixia Neonatal SI ( ) NO ( )

- S.F.A. SI ( ) NO ( )

- Síndrome Aspiración Meconial SI ( ) NO ( )

- Muerte Neonatal SI ( ) NO ( )

- Malformaciones congénitas SI ( ) NO ( )

Otros .....

## NOTA BIOGRÁFICA

### DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres: Siles Pino Rosa Lucrecia

DNI: 04628478

Fecha de nacimiento: 24 de Junio de 1965

Teléfono/celular: 952-635606 # 978276969

Correo electrónico: lucrecia\_69@hotmail.com

### ESTUDIOS:

-Primaria: Centro Educativo # 43033. Av. Mariano Lino Urquieta s/n Ilo-Moquegua

Año de ingreso y de egreso: 1971- 1976

-Secundaria: Centro Educativo "Mercedes Cabello de Carbonera" Av. Mariano Lino Urquieta s/n Ilo-Moquegua

Año de ingreso y de egreso: 1977-1981.

-Superior: "Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann". Av. Miraflores s/n. Tacna

Año de ingreso y de egreso: 1983- 1990

-Segunda especialidad: Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Huánuco.

Año de ingreso y de egreso: 2012-2014

### GRADOS Y TÍTULOS:

Grado de Bachiller en Obstetricia. "Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann" Año: 1991

Título de Licenciada en Obstetricia. "Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann". Año. 1994

### OTROS ESTUDIOS:

-Curso de Post Grado "Administración en Servicios de Salud" 1997. Universidad Cayetano Heredia.

-Curso de Post Grado en Monitorización Fetal 2001. Colegio Nacional de Obstetras del Perú

- Curso de Post Grado Diplomado en Salud Pública. 2003. Universidad Cayetano Heredia.

-Curso de Especialización Tutores en Salud Materna: Educación, Estimulación Prenatal y Temprana” 2004. Colegio Nacional de Obstetras del Perú.

- Curso de Post Grado Diplomado en Organización de Servicios y Calidad en Salud. 2006. Universidad Cayetano Heredia.

-- Curso de Post Grado Diplomado en Gerencia en Servicios de Salud. 2009.

Colegio Regional de Obstetras del Perú.

-Alumna de la Segunda Especialidad en Salud Reproductiva con Mención: Salud Materno Perinatal y Salud Pública. 2014-2015. Escuela de Post Grado Universidad José Carlos Mariátegui- Moquegua.

#### **CENTRO/S LABORAL/ES ACTUAL/ES – CARGO/S:**

MINSA. Puesto de Salud “Ramón Copaja”. Distrito Alto de la Alianza. Tacna. De 1997 a la actualidad. Cargo: Jefatura del Servicio de Obstetricia.