



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**“COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES EN GESTANTE
CON MAYOR DE 40 SEMANAS ATENDIDA EN UN
HOSPITAL NACIONAL NIVEL III DEL
DEPARTAMENTO DE LIMA-
PERÚ 2022”**

PRESENTADO POR:

KARINA JESUS GONZALES ALVIS

ASESORA

DRA. RINA MARIA ALVAREZ BECERRA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS
OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS
MATERNOS**

MOQUEGUA – PERÚ

2022

ÍNDICE DE CONTENIDO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA, OBSTETRICIA, SALUD REPRODUCTIVA

CARÁTULA

PÁGINA DE JURADO.	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DEL CONTENIDO	iv
RESUMEN DEL TRABAJO ACADÉMICO.....	vii
ABSTRACT.....	vii

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.2. JUSTIFICACIÓN	3
1.3. MARCO TEÓRICO.....	5
1.3.1. Antecedentes	5
1.3.2. Conceptos básicos	9

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1. OBJETIVOS	16
2.2. SUCESOS RELEVANTES DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	17
2.3. DISCUSIÓN	29
2.4. CONCLUSIONES	30
2.5. RECOMENDACIONES	31
BIBLIOGRAFÍA	33

RESUMEN

Objetivo: Determinar las complicaciones materno- perinatales en una gestante de más de 40 semanas, atendida en un hospital nacional de nivel III de Lima en Perú en 2022. Se presenta un caso clínico de una primigesta con diagnóstico tardío de embarazo prolongado que termina en muerte neonatal, para lo cual se realizó la técnica de análisis documental de la historia clínica. Las características sociodemográficas de la gestante atendida fueron: 34 años, primigesta, gestante postérmino, controles prenatales completos con últimos exámenes auxiliares realizados, el tipo de parto realizado fue cesárea de emergencia por riesgo de pérdida de bienestar fetal. Conclusión: en el embarazo de más 40 semanas, no identificado a tiempo, se presenta una mayor probabilidad de riesgo de sufrir complicaciones materno -perinatales antes, durante y después del parto.

Palabras claves: Gestante, Complicaciones, Materno perinatales.

ABSTRACT

Objective: To determine the maternal-perinatal complications in a pregnant woman of more than 40 weeks, treated at a national level III hospital in Lima, Peru in 2022. A clinical case of a primigravida with late diagnosis of prolonged pregnancy that ends in death is presented. neonatal, for which the technique of documentary analysis of the clinical history was carried out. The sociodemographic characteristics of the pregnant woman attended were: 34 years old, primigravida, post-term pregnant woman, complete prenatal check-ups with the last auxiliary tests performed, the type of delivery performed was an emergency cesarean section due to the risk of loss of fetal well-being. Conclusion: in pregnancy of more than 40 weeks, not identified in time, there is a greater probability of risk of suffering maternal-perinatal complications before, during and after childbirth.

Keywords: Pregnant, Maternal perinatal, Complications.

CAPÍTULO 1: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio, es el caso clínico de una paciente gestante con mayor de 40 semanas, en el cual se determinó que un embarazo prolongado no diagnosticado, tratado y/o manejado oportunamente, puede conllevar a que pueda sufrir complicaciones materno-perinatales irreparables.

Durante el desarrollo de este estudio, se hizo la revisión de distintas fuentes nacionales sobre el mismo tema y cabe resaltar que el manejo y el tipo del parto de una gestante con mayor de 40 semanas, generalmente es determinado por cada profesional responsable de turno ya que al momento algunos establecimientos no cuentan con documentos técnicos que estandaricen los procesos a seguir cuando se presentan estos casos, o en su defecto, de existir están desactualizados.

Por otro lado, Piloto et al. (1) indica que los embarazos con mayor de 40 semanas o prolongados, en su mayoría culminan en cesáreas debido a las altas fallas que ocasionan la inducción, provocando en algunos casos presencia de distrés fetal. En una revisión sobre la incidencia del embarazo prolongado, Hernández (2), a través de un estudio menciona que, en el 2013, en Estados Unidos fue de 5,5 %, mientras que, para República de Guatemala según INEI en el año 2014, la incidencia de embarazos prolongados fue del 4 al 19 %

De la misma forma, Piscoya (3), refería que en Perú para el 2013, según la INEI, el embarazo post término, tuvo una incidencia alrededor de 6 a 12% de todos los embarazos y varió entre el 5 y 8 % de los partos, por lo que consideró el embarazo prolongado como alto riesgo por condicionar una mayor morbimortalidad perinatal, causando en ese momento el 32 % de las muertes neonatales durante el primer día de vida, identificando la causa principal la asfixia.

En 2015 el Ministerio de Salud (MINSA) reportó que en Perú del total de nacidos vivos, el 0,01 % nació postérmino (4). Asimismo, a pesar de la reducción del porcentaje de embarazos prolongados, se requiere que los profesionales de la salud que atienden al binomio madre- niño deben continuar alertas y tomar acciones dirigidas a disminuir cualquier tipo de complicación materno perinatal.

Hernández & Nachón (5) señalan que, los riesgos más frecuentes vinculados con esta patología son la primiparidad y un embarazo postérmino anterior, asociándose con anencefalia fetal y deficiencia de sulfato placentario asimismo, considera que la predisposición genética también podría ser una de las causas.

Al respecto se plantean los siguientes problemas de investigación:

– **Problema general**

¿Cuáles fueron las complicaciones materno - perinatales en la gestante con mayor de 40 semanas, atendida en el hospital nacional de nivel III de Lima del Perú en 2022?

– **Problemas específicos**

- a. ¿Cuáles fueron las complicaciones maternas en la gestante con mayor de 40 semanas, atendida en el hospital nacional de nivel III de Lima en Perú en 2022?
- b. ¿Cuáles fueron las complicaciones perinatales en la gestante con mayor de 40 semanas atendida en el hospital nacional de nivel III de Lima en Perú en 2022?

1.2. JUSTIFICACIÓN

– **Justificación teórica**

La gestación con mayor de 40 semanas relacionado a embarazo prolongado podría afectar la vida de la madre como la del feto, más aún cuando se trata de una paciente gestante adolescente o añosa, y mientras más evidencia bibliográfica se encuentre sobre el tema, se tomarán las acciones pertinentes.

En ese sentido, la revisión de caso clínico servirá para discusión de futuros estudios académicos o de investigación, que requieran de información actualizada sobre las complicaciones maternas perinatales que puedan presentarse en una gestante con mayor de 40 semanas.

– **Justificación práctica**

Mediante el presente estudio se trata de demostrar a los profesionales de la salud y a las autoridades del establecimiento que lo representan, la importancia de actualizar permanentemente los documentos técnicos, como las guías de práctica

clínica de atención a las gestantes con más de 40 semanas o embarazos prolongados. Asimismo, se requiere estandarizar los protocolos según las normas técnicas de salud vigentes y establecer los procesos del manejo de atención de dichas pacientes.

– Justificación legal

La justificación normativa se fundamenta en el siguiente instrumento legales:

- a. Resolución Ministerial N.º 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico denominado Política Nacional de Calidad en Salud.
- b. Ley 26642 Ley General de Salud.
- c. Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueba el “Reglamento de la Ley 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud” de 13 de Agosto del 2015.
- d. “Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2010-2012”.
- e. Norma Técnica de Salud N° 105-MINSA/DGSP.V.01. Para la Atención Integral de Salud Materna, aprobada en 2013.
- f. Directiva Sanitaria para Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud N° 001-MINSA/DGSP-V.02.

– Limitaciones

Durante el desarrollo del presente estudio se encontraron pocas fuentes bibliográficas nacionales actualizadas relacionadas al estudio de las complicaciones materno-perinatales en gestantes con mayor de 40 semanas o embarazo prolongado.

– Consideraciones éticas

En el estudio, se aplicó una serie de normas éticas como la confidencialidad, respetando los datos de la paciente, motivo por el cual se puso en el anonimato y aplicando el principio de la veracidad se respetó la información contenida en la historia clínica para un resultado confiable y fidedigno.

1.3. MARCO TEÓRICO

1.3.1. Antecedentes

- Internacionales

Hernández (2) realizó un estudio sobre las “Características maternas y perinatales del embarazo prolongado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS, 2013-2015”. Metodología: descriptivo y se realizó una revisión aleatoria de 305 expedientes clínicos a través de una boleta recolectora de datos. Se concluye que 6 de cada 10 gestantes presentan antecedentes médicos, siendo la hipertensión arterial el de mayor predominio. Asimismo, de cada 10 progenitoras en estado de gravidez prolongado tienen entre 21 y 26 años. Por otro lado, 7 de 10 mujeres terminan el embarazo a través de parto eutócico simple y mayormente los neonatos presentan una prueba de Capurro mayor de 40 semanas, así como un APGAR de 8 puntos al minuto y 9 cinco minutos por otra parte, más de la mitad de las gestantes son primigestas y solo 3 de cada 10 neonatos tienen complicaciones perinatales.

En Argentina, Gutiérrez et al. (6) realizaron un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal del periodo 2013 a 2014. Resultados: se recomendó la maduración cervical, previa inducción en pacientes gestantes con

mayor de 41 semanas como parte de la reducción al incremento de cesáreas. A través de ese estudio, se determinó que, de 197 pacientes gestantes con mayor de 41 semanas, las cuales fueron internadas para inducción: un 21 % inicia una inducción de tipo Bisho entre 0 y 3 puntos por otro parte el 59,5 % tiene entre 4 y 6 puntos asimismo, 13 gestantes tuvieron una segunda inducción tras fallar en el primer intento y solo un 67,5 % de las gestantes que fueron sometidas a inducciones culminaron en parto vaginal y el otro 32,5 % terminaron en cesárea asimismo, las gestantes y con un score 0-3 puntos y el 61,5 % terminaron su embarazo en cesárea, y un segundo grupo con Bishop de 4-6 y solo el 71,8 % de las gestantes sometidas a inducciones culminaron su embarazo en parto vaginal, encontrándose una “significancia estadística en estas relaciones, test de Fisher=0,000”.

– Nacionales

Robles (7) realizó una investigación de tipo observacional, analítico de casos y controles realizado en el “Hospital Nacional Sergio E. Bernales”; donde intervinieron 464 gestantes, de las que 232 (50 %) tenían un embarazo mayor de 40 semanas, la diferencia que corresponde a 232 (50 %) tienen una edad gestacional de 37 a 40 semanas. Asimismo, los resultados obtenidos demostraron que las que tenían una edad mayor a culminaron con embarazos prolongados de 40 semanas incrementando así el riesgo de tener un neonato macrosómico.

Asimismo, Piscocya (3) realizó el estudio denominado “Factores obstétricos asociados al embarazo post termino, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en

enero a junio del año 2019”. Metodología : Estudio observacional y en un determinado periodo y como muestra considero 60 mujeres en estado de gravidez post termino, utilizando la ficha de recolección de datos como instrumento los resultados reflejaron que el 36,7 % de gestantes son primigestas y un 26,7 % de las gestantes tienen 2 hijos asimismo, 18,3 % son madres de 3 niños, y un 15 % con madres multípara, gran multípara 3,3 % por otro lado, un 5,0% presenta malformaciones fetales y solo un 95 % tiene recién nacidos sin malformaciones, mientras que 13,3 % presentan macrosomía fetal y el 86,7 % sin macrosomía fetal en cuanto al índice de masa corporal un 1,7 % tiene desnutrición y un 40 % tiene peso adecuado por otra parte el 45 % tiene sobrepeso seguido del 13,3 % que presenta obesidad y en cuanto a las distocias de presentación el 3,3 % frente y bregma y cara y el 1,7 % de hombros y compuesta mientras, que el 16,7 % fue podálica y el 80 % no presenta ninguna distocia asimismo, el 10 % tienen menos de 20 años las conclusiones; los factores obstétricos tienen asociación al embarazo post término.

En el Cusco, Pérez (8) desarrolló un estudio analítico, observacional de tipo casos y controles en el nosocomio Regional del Cusco. Consideró una muestra de 240 grávidas. Se aplicó una ficha de recolección de datos. Resultados: La edad de los participantes fue de $26,49 \pm 5,9$ años. Asimismo, se identificaron riesgos asociados al embarazo post término como la edad mayor a 35 años en un (13,88 %); ser primíparas (3,67 %); tener un inadecuado control prenatal (8,78 %); presentar distocia funicular (2,95 %); presentar un índice de masa corporal ≥ 25 Kg/m² (12,27 %). Se halló otros riesgos asociados como la presencia de macrosomía fetal

(2,7 %); presentar desproporción cefalopélvica (15,25 %). Los recién nacidos en un 1,97 % fueron de sexo masculino y en un 5,34 % presentaron oligohidramnios. Conclusión: los factores asociados al embarazo postérmino en las gestantes son el mal control prenatal seguido de la distocia funicular con un índice de masa corporal pregestacional.

En Trujillo, Monzón (9) realizó una investigación en el nosocomio de Belén de Trujillo, enfocado en el “sobrepeso materno como factor de riesgo de embarazo postérmino”. Optó por un estudio analítico, retrospectivo y en un determinado momento. Recolectó la información de 57 historias clínicas del año 2011 al 2017. Resultados: El 53,8 % de las mujeres cursaron con un embarazo postérmino, con 14 controles y sobrepeso. El 35,9 % tuvieron embarazos a término, con una media para el valor del IMC de 25,34 %, el 53,8 % tuvo sobrepeso y el 79,65 % de los partos culminaron en cesárea. Asimismo, la edad media de los casos es del 24,77 % Por otra parte, las mujeres en estado de gravidez con más de 30 años fueron de 2 %, el 9 % tenían un grado de instrucción bajo. Conclusión: El sobrepeso en las mujeres en estado de gestación no es un factor de riesgo de embarazo postérmino

En Trujillo, Tafur (10) realizó una investigación de tipo analítico, retrospectivo y de casos y controles. Comprendió 119 historias clínicas de pacientes que cursaban un embarazo de 41 semanas a más. Resultados: El 30 % de mujeres embarazadas tenían una edad gestacional mayor a 41 semanas y además obesidad; un 30 % la edad gestacional fue menor de 41 semanas y el 11,4 % tenía obesidad pregestacional. Se halló que la obesidad es un factor preponderante para presentar

embarazos de 41semanas. Conclusión: La obesidad pregestacional es un factor de riesgo para el embarazo mayor de 41 semanas.

En Huaraz, Colonia (11) en su investigación sobre la “relación entre la evaluación cardiotocográfica del embarazo postérmino y los resultados neonatales”, aplicó un estudio retrospectivo y correlacional. Utilizó una ficha de recolección para pesquisar los datos de una muestra de 128 historias clínicas. Los resultados evidenciaron que los neonatos de mujeres con embarazo postérmino tuvieron un puntaje Apgar normal al minuto en un 87,5 %, en un 96,1 % a los cinco minutos. El 41,5 % de las gestantes tuvieron un parto por cesárea y el 46,9 % presentaron líquido meconial y una minoría de 1,6% mortalidad neonatal. Conclusión: Los resultados de la evaluación cardiotocográfica de las mujeres en estado de gravidez postérmino presentaron una relación estadísticamente significativa con los resultados neonatales en el Hospital “Víctor Ramos Guardia” de Huaraz.

1.3.2. Base teórica

El embarazo prolongado es una de las patologías que más interés ha suscitado en el área de la ginecología y obstetricia a nivel mundial.

El embarazo postérmino o prolongado, es aquel que llega hasta las 42 semanas o más. Aproximadamente un 7 % de los embarazos son prolongados, lo cual implica riesgos maternos y fetales, considerándolo como de alto riesgo (5).

La importancia del estudio es identificar las complicaciones materno-perinatales en gestantes con mayor de 40 semanas, para lo cual se analizaron distintas fuentes bibliográficas. En varias de las fuentes se destaca que el embarazo prolongado es un riesgo antes, durante y después del parto.

Uno de los estudios realizados en el Perú, es el de Solano (12) en el periodo de 2013 al 2014 en el hospital María Auxiliadora, sobre las implicancias y complicaciones maternas y perinatales con diagnóstico médico de embarazo prolongado. Arriba a la conclusión de que las madres con embarazo prolongado son madres añosas.

De la misma forma, Hernández (2) a través de un estudio realizado en gestantes con diagnóstico de embarazo prolongado, refiere que la muerte perinatal se presenta después de las 41 semanas asociándolo con la dismadurez fetal y presencia de meconio. Asimismo, reporta que en la literatura médica, se indica que una intervención e inducción del trabajo de parto en una gestante mayor 41 a 42 semanas, evitaría complicaciones neonatales y reduciría sustancialmente la mortalidad perinatal. Por otro lado, como parte de su investigación, señala que las principales complicaciones del embarazo prolongado son las siguientes: Incremento de la mortalidad perinatal, sufrimiento fetal agudo intraparto, síndrome de aspiración de meconio, traumatismos fetales y maternos, retardo de crecimiento y macrosomía fetal e índice de Apgar bajo al nacer. Afirma, que la causa más común del embarazo prolongado es un error en la determinación de la fecha de última regla.

En Pinar del Río, Piloto et al. (1) realizaron un estudio retrospectivo, transversal y analítico sobre el embarazo prolongado en el Hospital Docente Gineco-obstétrico “Justo Legón Padilla”. En el estudio, se comprendió a 309 gestantes con embarazo prolongado. Entre los principales resultados, halló que la mayoría de las gestantes culminó su parto por cesárea, debido a causas de

sufrimiento fetal agudo, inducción fallida y desproporción cefálico-pélvica. La mortalidad neonatal encontrada fue de 0,97% y una muerte fetal ante parto.

Asimismo, Chavarry et al. (13) realizaron un estudio retrospectivo de serie de casos, sobre el perfil del embarazo prolongado en pacientes del Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima en Perú en 2009. Determinaron que la mayor frecuencia de embarazos prolongados fue en pacientes adultas y nulíparas.

Se presentó una mayor frecuencia de inicio de parto espontáneo y la vía de parto vaginal. En cuanto a las complicaciones en los recién nacidos vivos, menciona que fueron bajas, pero con una tasa de mortalidad fetal elevada de 11 por mil. Asimismo, resaltaron que la indicación más frecuente de cesárea durante su estudio fue desproporción céfalo pélvica y el sufrimiento fetal agudo.

Según Hernández & Nachón (5) la valoración de las condiciones fetales en un embarazo prolongado se realizan a través de:

- a. Ultrasonografía.
- b. Prueba sin estrés.
- c. Prueba con estrés.
- d. Otras pruebas, como la medición de flujo umbilical a través de ultrasonido con sistema Doppler; los niveles de estriol o bien estriol; creatinina en orina o pruebas con tococardiógrafo fetal.
- e. La percepción de movimientos fetales por parte de la madre.
- f. La amniocentesis y la amnioscopía, también permiten determinar las características del líquido amniótico.

1.3.3. Marco conceptual

Atención a la gestante

Son las actividades que realiza el profesional dirigido a la gestante durante para su atención pre natal en los centros de salud (14).

Gestante controlada

Define a la gestante que ha cumplido su sexta atención prenatal y que ha recibido el paquete básico de atención a la gestante.

Gestante atendida

Referida a la primera atención prenatal que recibe la gestante durante el embarazo actual.

Atención de gestante complicada

Es el conjunto de actividades, y procedimientos que se brinda a la mujer en estado de gravidez y presenta patologías durante la gestación, cumpliendo con el proceso de diagnóstico, estabilización y referencia de acuerdo con el nivel de atención

Atención de emergencia obstétrica

Conjunto de actividades y/o intervenciones que se brinda a la mujer en estado de gravidez, parturienta o puerpera que amerita atención de emergencia o urgencia basada en Guías de Práctica Clínica de acuerdo con los niveles de atención de las instituciones de salud.

Atención del puerperio

Conjunto de actividades, así como intervenciones y serie de procedimientos ambulatorios y hospitalización que recibe la gestante durante el periodo puerperal con el único objetivo de prevenir complicaciones.

Atención del puerperio complicado

Conjunto de actividades, intervenciones y/o procedimientos, según Guías de práctica clínica.

Edad gestacional

Es el tiempo que dura el embarazo e inicia del primer día del último periodo menstrual normal y al momento que se procede al cálculo pudiéndose expresar en días o semanas completas.

Embarazo prolongado

Según la Federación Internacional de Gineco Obstetricia (FIGO) (1) el embarazo prolongado (EP) es aquel de 42 semanas o más, es decir de 294 días o más, a partir del primer día de la última menstruación. Es un evento clínico que ocurre alrededor del 7,5 al 10 % de las embarazadas.

Atención prenatal reenfocada

Considerado como la vigilancia y evaluación integral de la mujer en estado de gravidez se puede considerar antes de las catorce semanas de gestación asimismo iniciar con el paquete básico de intervenciones, Así como el manejo adecuado de las complicaciones, con enfoque de género e interculturalidad en el marco de os derechos humanos.

Complicaciones maternas neonatales

Comprenden las patologías por alteración del desarrollo fisiológico, enfermedad o tratamiento (15).

Distocias de presentación fetal

Se presenta por diversas causas y puede ocasionar alteración en el mecanismo del parto, interfiriendo con su evolución y pronóstico, de tal manera que todos los partos terminen en cesárea (16).

Sufrimiento fetal agudo (SFA)

Alteración donde hay intercambio metabólico entre la progenitora y el feto trayendo con consecuencia: acidosis hipoxemia e hipercapnia (17).

Macrosomía fetal

Término utilizado para describir a un niño recién nacido demasiado.

Muerte materna

Deceso de una mujer gravida, que comprende hasta los 42 días después del parto causado por infecciones u otros (18).

Mortalidad perinatal

Muerte fetal y se produce durante el embarazo tardío y/ o durante el nacimiento, o hasta los próximos siete días después de nacimiento.

Muerte u óbito fetales

Muerte de producto de la concepción antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre

Nacido vivo

Todo producto de 22 o más semanas de edad gestacional y mayor a 500 gramos, que presenta señales de vida como latidos del corazón, movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, pulsaciones del cordón umbilical tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical.

Parto

Es la expulsión o extracción fuera de útero del producto de concepción mayor a 22 semanas de edad gestacional y con peso de 500 gramos o más de peso, más los anexos como cordón umbilical, placenta y membranas).

Puerperio

Periodo que se inicia al término de la expulsión de la placenta y dura hasta los 42 días.

CAPÍTULO II: CASO CLÍNICO

2.1. OBJETIVO

- Objetivo General

Determinar las complicaciones materno - perinatales en la gestante con mayor de 40 semanas atendida en el hospital nacional nivel III del Departamento de Lima en Perú el 2022.

- Objetivos específicos

- a. Identificar las complicaciones maternas en la gestante con mayor de 40 semanas atendida en el hospital nacional nivel III de Lima en Perú el 2022.
- b. Identificar las complicaciones perinatales en la gestante con mayor de 40 semanas atendida en el hospital nacional nivel III de Lima en Perú el 2022.

2.2. SUCESOS RELEVANTES DE LA HISTORIA CLÍNICA

HC: reservada

Sexo: Femenino

Edad: 34 años

Fecha de ingreso: 19-08-2017

Fecha de egreso: 22-08-2017

Fecha: 19-08-2017

11:50 h

Paciente gestante que ingresa por consultorio externo, refiere fecha probable de parto el 16-08-17, manifiesta estar sintomática, percibe movimientos fetales.

Niega pérdida de líquido amniótico y sangrado vaginal.

Antecedentes patológicos: traqueotomía, asma.

– Examen clínico

En aparente regular estado general (AREG), de hidratación (REH) y nutrición (REN).

Cabeza: Pupilas isocóricas y mucosa oral húmeda.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos (RCR), no soplos.

Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares (ACP).

Abdomen: Altura uterina (AU): 32cm, SPP: Longitudinal cefálica izquierda (LCI), latidos cardio fetales (LCF):134 por minuto. MF: ++/+++

Tono conservado, DU: no se evidencia

Ponderación fetal: 2890 kg por ecografía

Tacto vaginal: PSV (-) PLA (-) Pelvis ginecoide con membranas íntegras.

Neurológico: Lúcido, orientado en tiempo espacio y persona (LOTEP), no presenta signos meníngeos.

– Diagnósticos

- 1) G1P0 de 39 semanas por ecografía del primer trimestre.
- 2) No trabajo de parto.
- 3) Mioma uterino por ecografía.

– Plan de trabajo

NST, I/C neumología, reevaluación con resultados

– Tratamiento

- 1) Dieta blanda + Líquido a voluntad
- 2) Control Obstétrico: Latidos cardio fetales (LCF) + dinámica uterina (DU).
- 3) Control de funciones vitales (CFV) + Observación de signos de alarma.
- 4) SS/prueba sin estrés (NST) e interconsulta (I/C) neumología.
- 5) Reevaluación con resultados.

12:10 h

Paciente refiere dolor tipo contracción esporádica desde hace una semana de leve intensidad.

– Examen clínico

Sin variaciones con respecto al ingreso

15:40 h

- Evaluación por Obstetras

LCF: 142 por minuto. DU: C/5 20" +

Paciente pasa a NST cuyo resultado informan cómo A-R

16:42 pm.

Paciente regresa del NST A-R- 8/10, tiene desaceleraciones

LCF: 130-150 por minuto.

19:50 pm

LCF: 149 por minuto. DU: c/5s 20" +/+++

Queda en observación

20:37 h

Gestante en reposo y observación

- Examen clínico

Presión arterial (PA): 115/63 Pulso (P):78 Temperatura (T):36,5°C

Latidos fetales (LF): 100-120 por minuto.

DU: irregular PLA (-)

- Diagnósticos

1. G1P0 39 6/7 Semanas por ecografía.
2. NTP
3. Mioma uterino por ecografía.

20:45 h

Médico residente indica monitoreo fetal y subir al quinto piso.

21:00 h

– Centro Obstétrico

Ingresa paciente a 5to piso Centro Obstétrico con los siguientes diagnósticos:

1. Gestante de 40 semanas por fecha de última regla (FUR).
2. Pródromo de trabajo de parto
3. Miomatosis uterina.

Síntomas: Dolor, contracción esporádica. No presenta sangrado ni pérdida de líquido amniótico.

Movimientos fetales presentes.

FUR: 9-11-16 FPP: 16-08-17 Edad gestacional (EG): 40 $\frac{3}{4}$ semanas

– Examen clínico

Presión arterial (PA): 100/60 Pulso: 92 por minuto Temperatura (T): 36.5°C

Frecuencia respiratoria (FR): 19 por minuto.

Estado general en AREG, AREN, AREH.

AU: 32cm, SPP: Longitudinal cefálica derecha (LCD), Latidos cardio fetales (LCF): 140 – 125 por minuto. Movimientos fetales: +/+++

Tacto vaginal: Cérvix posterior, blando, acortado, permeable a un dígito.

Membrana: Íntegras Altura de presentación (AP): -4

Pelvis ginecoide Edemas: (-)

– Diagnósticos

1. G1P0 de 40 semanas por ecografía del primer trimestre.
2. Pródromos de trabajo de parto.

3. Miomatosis uterina.

- Plan de trabajo

Reevaluar con test sin estrés (NST).

21:00 h

- Nota de ingreso de Obstetricas en el 5to piso

G1 P0 de 40 semanas por fecha de última regla (FUR)

LCF: 136-108 por minuto.

Informe cardiotocográfico del 19/08/17 hora: 21:04 DIP II

21:40 h

- Nota prequirúrgica

Paciente procedente de hospitalización de 4to piso, con reporte de monitoreo dudoso. Actualmente refiere contracciones uterinas, niega sangrado vaginal, percibe, movimientos fetales, niega pérdida de líquido, niega otras molestias.

- Examen clínico

Paciente en AREG, AREN y AREH.

Piel: T/H/E, no cianosis.

T y P: murmullo vesicular pasa bien en ACP, no rales.

Cardiovascular (CV): Ruidos cardiacos rítmicos, no presenta soplos.

Abdomen: AU:32 cm, SPP: LCD, LCF: 140-180 por minuto. DU:2/10/++/35”.

Presenta tono conservado MF: +/+++

- Diagnósticos

1. G1P0 de 40 Semanas por ecografía del primer trimestre.

2. Pródromos de trabajo de parto.
3. Riesgo de pérdida de bienestar fetal.
4. Miomatosis uterina.

Se programa para ingreso a sala de operaciones de emergencia.

– Tratamiento

- 1) Nada por vía oral.
- 2) ClNa 09% 1000 cc en vía.
- 3) Cefazolina 1gr endovenoso 30' antes de ingresar a sala de operaciones.
- 4) Controles obstétricos (Control de latidos fetales y dinámica uterina).
- 5) Control de funciones vitales y observar signos de alarma
- 6) Ranitidina 50mg EV Stat.
- 7) Metoclopramida 10mg EV Stat.
- 8) Se programa sala de operaciones de emergencia.

22-08-2017

Post operatorio N°3

Paciente en post operatorio tres, refiere sentirse bien, no refiere molestias

– Examen clínico

PA: 110/60 FC: 65 por minuto. FR:18 por minuto.

Piel: T/H/E llenado capilar < 2''

Tórax: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no presenta soplos.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, normo fónicos, no presenta soplos.

Abdomen: Blando depresible, RHA (+) no doloroso a la palpación

Herida Operatoria: sin signos de flogosis.

Altura uterina a nivel de cicatriz umbilical.

Genitales: Loquios hemáticos, escasos, sin mal olor.

– Diagnósticos

1) Pos operada de 3 días CSTP X RPBF.

2) Miomatosis uterina

– Tratamiento

1) Dieta completa + Líquido a voluntad

2) Ketoprofeno 100mg vía oral c/8 horas.

3) Tramadol 100 mg condicional al dolor intenso.

4) Control de funciones vitales y observar signos de alarma

5) Simeticona 80 mg vía oral c/8 horas.

6) Sulfato ferroso 300mg VO c/24 horas (30 días).

7) Alta con indicaciones.

Tabla 1. Control prenatal

Atenciones prenatales	Atención							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Edad Gest.	27,5	29 SS	32	36	38	39	40	40,6
Peso	64,5	65	67	67,5	70	71	71,5	71
PA	90/50	110/60	100/60	100/60	100/60	100/60	100/60	100/60
AU	27	26		30	31	32	33	32
Posición		L	L	L	L	L	L	L
Presentación		C	C	C	C	C	C	C
Situación		D	D	D	D	D	D	D
Lat. Fetales	144	143	144	142	140	140	144	138
Mov. Fetales	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Edema de M	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Observaciones				SI		NST HB	NST	SE HOSP.

– Información clínica del recién nacido

Historia Clínica: confidencial

Fecha de Ingreso: 19-08-2017

Fecha de Egreso: 25-08-2017

Fecha de nacimiento: 19 -08-2017

Forma de parto: Cesárea de emergencia por bradicardia fetal.

Hora: 23:55 h

Apgar: 3/1 – 6/5 Peso: 2890 g Talla: 47cm Perímetro cefálico: 35cm

– Diagnóstico al nacer:

1. Recién nacido a término. Depresión severa con recuperación intermedia.
2. Síndrome de distrés respiratorio D/C síndrome de aspiración meconial.

– Diagnóstico de alta:

Asfixia perinatal. Síndrome hipóxico isquémico. SARNAT III. Sepsis probable. I.R.A. no oliguria. Pasa a unidad de cuidados intensivos (UCI) para monitoreo, con oxígeno con cabezal. Se coordina con el médico de guardia en UCI.

– Nota de ingreso a UCI

19-08-2017

23:55 h

Recién nacido procedente de atención inmediata por síndrome de distrés respiratorio.

– Antecedentes:

Madre de 34 años. G:1 HIV (-) 20/5/17; VDRL (-) 20-3-2017

No hay datos de infancia. Al nacer presento hipertensión más apnea.

Perinatales: cesárea por sufrimiento fetal agudo (SFA) (bradicardia); 2890; 3-6-8

VPP prolongada: líquido amniótico meconial.

– Tratamiento:

Incubadora, ventilación mecánica, fluidoterapia restringida, balance hídrico, antibióticos (ampicilina, Amikacina) y fenobarbital.

21-08-2017

11:00 h

– Diagnósticos

Recién nacido -A.E.G asfixia perinatal, E.H.I: SARNAT II; SAM, hiperglicemia

– Examen clínico

Temperatura máxima 39°C, Temperatura mínima 36°C, con oxígeno con Hood a flujo de 7 lt Fi O2 40 % HGT 142 mg/dl.

R.G. bilioso claro, orina (+) meconio (-).

B.H: -10, frecuencia cardiaca:170', frecuencia respiratoria: 60 segundos, con saturación de oxígeno de 94 % y presión arterial 61/42 (48).

Bajo efecto de anticonvulsivante, intenta abrir los ojos, piel caliente, sonrosada, edema en cuero cabelludo, fontanela anterior amplia, abombada, no pulsátil. Diástasis moderada de sutura sagital, leve parietooccipital.

Precordio normo dinámico. R.C. de buena intensidad, no soplos; pulsos presentes. Respiración tipo espasmódica intermitente. Respiración ruda en ambos campos pulmonares, ron cantes, moviliza secreciones.

Abdomen no distendido, blando, depresible, hígado de dos centímetros

Sistema nervioso sensorio deprimido, con anticonvulsivantes, hipotonía axial e hipertonia de miembros inferiores e hipotonía de miembros superiores. No clonus. Pupilas 2 mm, isocóricas, hiperactivas a la luz.

Reflejo corneal presente, succión ausente.

Recién nacido con soporte oxigenatorio fase 1, SDR leve, al momento estable con buena perfusión. BH de 24 horas (-) presencia de edema leve en cuero cabelludo. Diuresis adecuada.

25-09-2017

Recién nacido en mal estado, conectado y acoplado a ventilador mecánico. Está hipertónico, tiende a bradicardia, hiporreactividad, manos en puño, muy mal estado general. Presenta convulsión tónica generalizada y paro cardiaco. No responde a maniobras de reanimación, y posteriormente se constató su fallecimiento. Se informa a los padres, quienes solicitan una necropsia. Nota: Se realiza la auditoría de caso correspondiente.

En la Tabla 2, se presenta las complicaciones maternas de la gestante que cursa con una gestación de más de 40 semanas:

Tabla 2. Complicaciones maternas en la gestante con mayor de 40 semanas, atendida en un hospital nacional de nivel III de Lima, 2020

Complicaciones Maternas	
Hemorragia posparto por feto macrosómico	No
Trauma intraparto	No
Infecciones por tactos en la inducción	No
Cesárea por RPBF	SI
Post Cesárea	No
Muerte materna	No

Fuente: Historia Clínica de la Madre atendida en el Hospital Nacional de Nivel III

Asimismo, en la Tabla 3 se presenta las complicaciones perinatales, nacido de madre con una gestación de más de 40 semanas:

Tabla 3. Complicaciones perinatales en gestante con mayor de 40 semanas, atendida en el Hospital Nacional de nivel III de Lima, 2020

Complicaciones perinatales	
Macrosomía	No
Síndrome de post madurez	No
Síndrome de aspiración meconial	Si
perdida del bienestar fetal	Si
Cambios metabólicos	Si
Hipoglucemias y Policitemia	No
Mortalidad perinatal	Si

Fuente: Historia Clínica de RN atendida Hospital Nacional de Nivel III

2.3. DISCUSIÓN

A través de la literatura revisada se establece que el embarazo prolongado es una complicación asociada a la morbilidad materna perinatal, según lo indica Hernández & Nachón (5) en su estudio realizado sobre el embarazo prolongado. Al respecto, señala que un diagnóstico precoz basado en el dato exacto de la fecha de la última menstruación, además de un buen control prenatal y un examen auxiliar de ultrasonografía temprana, podrían determinar una adecuada fecha probable de parto y una fecha límite para el nacimiento.

Asimismo, hace referencia que partir de la semana 40, al existir evidencias de morbimortalidad incrementada, se debería iniciar una vigilancia prenatal estricta.

Por otro lado, Robles (7), en su estudio realizado en el Hospital Nacional Sergio Bernal en 2012, determinó que los factores de riesgos en las pacientes gestantes con mayor de 40 semanas, por lo general son la edad mayor a 34 años, antecedentes previos de parto prolongado, un incremento de masa corporal superior a los 35 kg y la nuliparidad. Estos resultados son similares a los hallazgos en el presente caso clínico en el que también concurren las mismas características (rango de edad de la paciente, la edad gestacional y la nuliparidad). Robles (7) también afirma que se atendieron un promedio de 5250 partos en 2012, de los que solo en un 0,5 % de los embarazos sobrepasaron las 40 semanas, debido al adecuado manejo de los protocolos de su institución.

Sin embargo, en la actualidad, no todos los establecimientos de salud cuentan con un protocolo determinado u actualizado para el manejo de embarazos con mayor de 40 semanas. En consecuencia, ocurre que la paciente en algunos casos

siga prolongando el momento del parto, y según las indicaciones que se prescriben de acuerdo con el criterio de cada profesional responsable de la atención, lo que podría incrementar la probabilidad de riesgo para el binomio madre niño.

También se reportó en el hospital docente “Justo Legón Padilla”, que la mayoría de los partos terminaron en cesárea por causas de sufrimiento fetal, desproporción céfalo pélvica y mortalidad neonatal, especialmente, aquellos que sobrepasaron las 42 semanas. Lo cual sugiere que a mayor tiempo de prolongada la gestación el riesgo aumenta

2.4. CONCLUSIONES

Primero

Se concluye que a medida que el embarazo se prolonga a mayor de 40 semanas y no es diagnosticado a tiempo, aumenta la morbimortalidad tanto para la madre como para el feto.

Segundo

Se identificó mediante la revisión de la historia clínica, que el parto de la gestante con mayor de 40 semanas terminó en una cesárea de emergencia por riesgo de pérdida de bienestar fetal.

Tercero

Se identificaron complicaciones perinatales de pérdida de bienestar fetal, síndrome de distrés respiratorio, síndrome de aspiración meconial y fallecimiento del recién nacido.

2.5. RECOMENDACIONES

El embarazo prolongado requiere de cuidados especiales materno-perinatales, por lo que se necesita un conjunto de acciones, para disminuir la alta mortalidad materna y perinatal. En este sentido, se sugiere:

Primero

Al director y a las Jefaturas del establecimiento de salud, se recomienda realizar supervisión y monitoreo del cumplimiento de las normativas vigentes, para garantizar la seguridad del paciente, especialmente la “Norma Técnica de Salud N° 139-MINSA/2018/DGAIN, para la Gestión de Historia Clínica”, que fue aprobada y modificada el 13 de marzo del 2018, a fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de atención del paciente. Asimismo, se sugiere a los diferentes comités de la institución, vigilar el registro correcto de la anamnesis y otros que correspondan a la estructura de la historia clínica, a fin de obtener diagnósticos, tratamientos y planes de trabajo adecuados para los pacientes.

Segundo

A la Jefatura del Departamento de Ginecología y Obstetricia y Departamento de Neonatología, revisar y actualizar, según corresponda sus documentos técnicos siguientes: Guías de Atención de Alto Riesgo Obstétrico del Departamento de Gineco-obstetricia, Guía de Atención de Manejo de Gestante con mayor de 40 semanas o Embarazo Prolongado, Protocolo de atención para el Manejo del Riesgo de Pérdida de Bienestar Fetal. Además se recomienda realizar talleres de actualización de monitoreo fetal y fortalecer las competencias de los

profesionales de la salud a través de capacitaciones continuas sobre las complicaciones materna perinatales y la atención de parto humanizado.

Tercero

Se recomienda a los profesionales responsables de la atención, relevar la importancia de informar a la paciente y a sus familiares sobre los beneficios del control prenatal completo, a fin de identificar oportunamente el posible riesgo durante el embarazo, el momento del parto y el puerperio. Para lo cual es fundamental educar, concientizar e involucrar a la gestante y familia sobre el monitoreo de las señales de peligro; brindar orientación sobre el proceso de parto y las posibles complicaciones y de sus derechos de acceso oportuno a los establecimientos de salud, sobre todo en casos de emergencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Piloto M, Morejón E, del Pino E, Breijo H. Embarazo prolongado. Rev Cuba Obs Ginecografíal [Internet]. 2000;26(1):48–53. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v26n1/gin08100.pdf>
2. Hernández E. Características maternas y perinatales del embarazo prolongado. Estudio transversal realizado en las pacientes del Hospital de Ginecografíalogía y Obstetricia Guatemaltecografía de Seguridad Social - IGSS, AGOSTO-SEPTIEMBRE 2016 [Internet]. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2016. Available from: [http://www.repositorio.usac.edu.gt/6364/1/Edith Eunice Hernández González.pdf](http://www.repositorio.usac.edu.gt/6364/1/Edith_Eunice_Hernández_González.pdf)
3. Piscoya L. Factores obstétricos asociados al embarazo pos término en el Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2019 [Internet]. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2020. Available from: [http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4265/PISCOYA MENDOZA LILIANA KATHERINE-TÍTULO PROFESIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4265/PISCOYA_MENDOZA_LILIANA_KATHERINE-TÍTULO_PROFESIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
4. Ministerio de Salud. Boletín Estadístico de Nacimientos Perú:2015 [Internet]. Lima: MINSA; 2016. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v26n1/gin08100.pdf>
5. Hernandez T, Nachon G. Conceptos básicos del embarazo prolongado: una

- revisión. Rev Médica la Univ Veracruzana [Internet]. 2005;5(2):21–7. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2005/muv052d.pdf>
6. Gutiérrez Ca, Ortiz V, Trasmonte M, Yuricich N, Casale R, Mónaco A. Vía de finalización en inducciones de embarazos postérmino, según score de Bishop. Prensa méd argent [Internet]. 2018;104(4):215–25. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1052601>
 7. Robles J. Factores de riesgo relacionados a gestación mayor a 40 semanas [Internet]. Universidad San Martín de Porres; 2014. Available from: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/1343/Robles_jj.pdf?sequence=3&isAllowed=y
 8. Perez R. Factores asociados a embarazo postérmino en pacientes del Hospital Regional del Cusco,2015-2019 [Internet]. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2020. Available from: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/browse?type=subject&value=Edad+materna>
 9. Monzón G. Sobrepeso materno como factor de riesgo de embarazo postérmino en el Hospital Belén de Trujillo [Internet]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2019. Available from: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/4563/1/REP_MED.HUMA_GENESIS.MONZON_SOBREPESO.MATERNO.FACTOR.RIES

10. Tafur V. Obesidad pregestacional como factor de riesgo para embarazo mayor de 41 semanas [Internet]. Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo; 2017. Available from: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/2795/1/RE_MED.HUMA_VICTOR.TAFUR_OBESIDAD.PREGESTACIONAL_DATOS.PDF
11. Colonia J. Evaluación cardiotocográfica del embarazo postérmino y su relación con los resultados neonatales, hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016-2017 [Internet]. Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo; 2019. Available from: <http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/3376>
12. Solano C. Complicaciones maternas y perinatales de las pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado en el Hospital María Auxiliadora, 2013-2014 [Internet]. Universidad Norbert Wiener; 2015. Available from: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/262>
13. Chavarry F de M, Cabrera RA, Diaz JA. Perfil del embarazo prolongado en pacientes de un hospital general. Rev Medica Hered [Internet]. 2012;20(4):200. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v20n4/v20n4ao4.pdf>
14. MINSA. Norma Técnica de Salud N° 105-MINSA /DGSP.V.01 Para la

atención Integral de Salud Materna. Lima: MINSA; 2013.

15. Douglas A. Diccionario Médico Dorland. 24th ed. Madrid: Editorial Interamericana Mc Graw-Hill; 1995.
16. Schwarcz R. Obstetricia. 7th ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2014.
17. Atauje J, Santisteban P. Complicaciones materno neonatales del manejo activo versus expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes de 34-36. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
18. OMS. Mortalidad materna [Internet]. 2019. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>