

11217



**GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL**  
**México La Ciudad de la Esperanza**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**  
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION  
SUBDIRECCION DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION  
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

*"RESULTADOS PERINATALES DEL EMBARAZO PROLONGADO EN  
PACIENTES CON MAS DE 41 SEMANAS DE GESTACION"*

TRABAJO DE INVESTIGACION CLÍNICA

**PRESENTADO POR**  
**DR. JUAN FRANCISCO RAMIREZ SANCHEZ**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DIRECTORA DE TESIS  
DRA. LOURDES GARCIA LOPEZ

- 2005 -

m343504



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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


**“ Resultados perinatales del embarazo prolongado en pacientes con más de 41 semanas de gestación “**

**Dr. Juan Francisco Ramírez Sánchez**

**Vo. Bo.**

**Dr. José Antonio Memije Neri**

\_\_\_\_\_  
Profesor Titular del Curso de Especialización  
En Ginecología y Obstetricia



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**Vo. Bo.**

**Dr. Roberto Sánchez Ramírez**

\_\_\_\_\_  
Director de Educación e Investigación

**“ Resultados perinatales del embarazo prolongado en pacientes con más de 41  
semanas de gestación “**

**Dr. Juan Francisco Ramírez Sánchez**

**Vo. Bo.  
Dra. Lourdes García López**



---

Directora de Tesis  
Médica Adscrita al Servicio de Ginecología y Obstetricia del  
Hospital Materno Infantil Inguarán

## **AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS**

### **A la Dra. Lourdes García López**

Asesor de mi tesis, un sincero agradecimiento por su apoyo y paciencia.

### **Al Dr. Federico Miguel Lazcano Ramírez**

Por su orientación y conocimiento, ya que sin su ayuda no hubiera sido posible realizarla.

### **A cada uno de mis Maestros**

Gracias a su paciencia, consejos, dedicación y experiencia clínica otorgada.

### **Al Dr. Alejandro Iglesias Nute y al Dr. Antonio Aguirre Ramírez**

Por su orientación, consejos y apoyo académico; pilares fundamentales en mi formación como residente; ejemplos a seguir.

### **A mi Esposa la Dra. Maria de Jesús Saucedo Vázquez**

Por su ayuda, apoyo moral y comprensión brindados durante el tiempo que tenemos de conocernos.

### **A mi Hija Angélica Paola Ramírez Saucedo**

Por ser un gran motivo en mi vida y esperando ser para ella un ejemplo académico y de superación.

### **A mi Madre la Sra. Maria Elena Sánchez Orozco**

Por darme la vida y su apoyo moral.

**GRACIAS**

## INDICE

**Resumen**

**Introducción**

**1**

**Material y Métodos**

**10**

**Resultados**

**12**

**Discusión**

**18**

**Referencias Bibliográficas**

**21**

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Comparar los resultados perinatales de las pacientes que cursen con embarazos prolongados con los trazos tococardiograficos en el Hospital Materno Infantil de Inguaran.

**MATERIAL Y METODOS:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el H. M. I. Inguaran en el servicio de Ginecología y Obstetricia durante el periodo de 1ro de enero al 30 de junio del 2004. Se obtuvo el número total de ingresos al servicio, utilizando como criterios de inclusión, expedientes clínicos completos con el diagnostico de embarazo prolongado de más de 41 semanas y que contaran con trazo tococardiografico. Se utilizaron variables dependientes tales como el embarazo de más de 41 semanas e independientes como edad de la paciente, número de embarazos previos, dilatación, borramiento, Apgar, peso del neonato, frecuencia cardiaca fetal, etc. Capturando la información en una base de datos del programa Excell obteniendo los porcentajes de cada una de las variables para su representación esquemática en tablas, cuadros y figuras.

**RESULTADOS:** Se incluyeron en el estudio un total de 40 pacientes, con una edad comprendida entre los 16 (5%) y los 36 años (2.5%), con una edad promedio de 23.7 años, la edad gestacional mínima fue de 41 semanas (11.8%) y la máxima de 43.6 semanas (2.9%); del total de pacientes 19 fueron primigestas (47.5%) y solo una era multigesta con 7 embarazos previos (2.5%). A su ingreso a la unidad 31 pacientes (77.5%) no contaban con trabajo de parto activo y solo 9 (22.5%) tenían fase activa; 7 fetos (17.5%) presentaban variaciones en su frecuencia cardiaca, de los trazos tococardiograficos 10 (25%) eran no reactivos, 1 (2.5%) silente, 3 (7.5%) con taquicardia y 26 (65%) eran reactivos, 29 pacientes (72.5%) se les realizó cesárea y 11 (27.5%) se resolvió el embarazo vía vaginal; la cesárea en la mayoría de los casos se indico por baja reserva fetal 6 (15%) y otras 6 (15%) por taquicardia. El peso menor de los neonatos fue de 2700 gr y el máximo de 4240 gr con una media de 3449 gr; Apgar mínimo de 6-8 y máximo de 9-9; solo 4 neonatos (10%) presentaron datos clínicos del síndrome de Clifford.

**CONCLUSIONES:** Actualmente el embarazo prolongado sigue siendo un problema real en nuestros hospitales a pesar de los programas de atención y la amplia cobertura que se proporciona a las pacientes para llevar un control prenatal adecuado. Los métodos auxiliares de valoración fetal como la tococardiografía son herramientas primordiales para evaluar el bienestar fetal, pero sin duda una adecuada evaluación clínica y una correcta vigilancia del trabajo de parto son determinantes importantes para que la paciente pueda concluir su gestación de una manera satisfactoria para ella y el neonato. Un adecuado control prenatal, vigilancia materna y fetal intraparto correctas son esenciales para disminuir la incidencia de una gestación prolongada y al mismo tiempo prevenir complicaciones tanto maternas como fetales y en lo posible reducir la frecuencia de la interrupción vía abdominal.

**PALABRAS CLAVES:** Embarazo prolongado, tococardiografía.

## INTRODUCCION

Actualmente se incluye como gestación prolongada a toda aquella que alcanza las 41 semanas o 287 días a partir de la fecha de la última regla, aunque tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) definen la gestación prolongada como aquel embarazo que supera los 294 días de amenorrea contando desde el primer día de la última regla. En el embarazo prolongado se produce una serie de modificaciones, inicialmente fisiológicas, que ocasionalmente pueden llegar a comprometer el bienestar fetal y que es necesario conocer, tanto para realizar un correcto control de estos embarazos como para decidir cuando a llegado el momento oportuno para que finalice. <sup>1</sup>

Recientes estudios indican que la mortalidad perinatal se incrementa de acuerdo al avance de la edad gestacional, teniendo un riesgo de 2.3 por 1000 nacidos vivos de 40 semanas, 3 y 4 muertes de 1000 nacidos vivos a las 42 y 43 semanas de gestación respectivamente. <sup>2</sup>

La expresión máxima de la gestación prolongada con afectación de funcionalismo placentario es el Síndrome del recién nacido postmaduro – dismaduro, descrito por Clifford en 1954. Corresponde a un feto que ha sufrido una restricción crónica de nutrientes y oxígeno y a consumido sus reservas grasas para sobrevivir. Es un neonato con peso bajo para la edad gestacional, no es infrecuente que persisten secuelas a largo plazo como consecuencia de la hiponutrición y/o hipoxia que a soportado. <sup>3</sup>



Clifford fue quien definió el “Síndrome de postmadurez del recién nacido” que complicaba entre el 20 y el 40% de los embarazos prolongados. Este síndrome se caracteriza por la presencia en el neonato de cambios cutáneos, pérdida de grasa y masa muscular subcutánea y tinción meconial. Clifford clasificó este cuadro en 3 etapas clínicas:

1. La primera etapa se caracteriza por los cambios dérmicos. La piel aparece arrugada y se descama, pero es de coloración normal. El cuerpo del neonato es largo y delgado, longilíneo, con un índice bajo ponderal.
2. En la segunda etapa persisten los datos de la primera, pero se asocian sufrimiento fetal y la presencia de meconio en el líquido amniótico, con lo que la piel del niño, las membranas y el cordón aparecen teñidos.
3. la tercera etapa, o etapa final, traduce una insuficiencia placentaria muy avanzada que puede desembocar en la muerte fetal. Estos niños y sus placentas tienen una tinción amarillenta típica dependiente de la expulsión de meconio varios días antes y de la fragmentación de los pigmentos biliares contenidos en él.<sup>1</sup>

Desde el punto de vista histopatológico, la placenta posttermino se caracteriza por tasas más elevadas de infartos, depósitos de fibrina y calcificaciones, y por una disminución de la capilaridad de las vellosidades. Se ha sugerido que el problema del desarrollo de una circulación fetal anormal en el embarazo prolongado es probablemente un fenómeno de envejecimiento de las vellosidades y no el resultado de una hipoperfusión del espacio intervilloso. Todos los cambios se relacionan con

la senectud placentaria y con alteraciones en el intercambio feto-materno que podría condicionar sufrimiento fetal. <sup>1</sup>

Además las mujeres embarazadas de edad avanzada se han considerado como de alto riesgo tanto para ellas mismas como para los neonatos ya que la edad materna avanzada conlleva deterioro en la función vascular y por lo tanto predisposición a desarrollar con mayor facilidad insuficiencia placentaria, por lo que las mujeres embarazadas de edad avanzada conllevan riesgo mayor. <sup>6</sup>

El mayor evento fisiopatológico asociado con el embarazo postérmino es la incapacidad de la placenta de mantener un adecuado soporte metabólico y respiratorio para el desarrollo del feto. <sup>7</sup>

El embarazo prolongado a sido asociado con un incremento significativo en la frecuencia de la morbimortalidad perinatal (aspiración de meconio, diestrés fetal, asfisia y en el periodo neonatal con neumonía, malformaciones, distocia de hombros y lesiones traumáticas, lesiones maternas tales como embarazos que finalicen en cesárea, hemorragia posparto, trabajo de parto disfuncional y trauma obstétrico del canal de parto). <sup>8</sup>

El embarazo posttermino conlleva un incremento significativo en los riesgos de complicaciones. Aproximadamente 10% de los neonatos tienen un peso de 4000 grs y el 1% más de 4500 grs. Entre los factores asociados a la macrosomia fetal se encuentra la obesidad materna, diabetes mellitas, multiparidad y embarazos previos

con neonatos con peso de 4000 grs o más. Esto trae como consecuencia alteraciones en el trabajo de parto y en su evolución, distocia de hombros, parálisis braquial, desgarros en el canal de parto, hipotonías uterinas, los neonatos pueden cursar además con hipoxia e incluso hasta presentar muerte neonatal.<sup>9</sup>

La edad gestacional estimada por la amenorrea en particular en caso de dudas, podrá ser confirmada si existió alguna exploración ecográfica previa del embrión o del feto. Si se midió la longitud craneocaudal antes de las 13va semana, se podrá asegurar la edad gestacional con un error de estimación menor de una semana. Si se midió el diámetro biparietal entre la 13va y la 27va semana, se estimará la edad gestacional con un error de +/- una semana.<sup>11</sup>

Al utilizar la ecografía para la valoración de la cantidad de líquido amniótico, se ha demostrado en distintas series un descenso semanal postérmino del 3 al 25%. La disminución de la cantidad de líquido amniótico tiene una importancia fundamental al condicionar un mayor riesgo de compresión funicular que podría traducirse en la presencia de patrones desacelerativos de la frecuencia cardíaca fetal y provocar un compromiso en el intercambio gaseoso y una asfixia perinatal.<sup>1</sup>

La gran mayoría de las cesáreas en el periodo postérmino fueron debidas a fallas en la progresión del trabajo de parto que se asocian a alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, por lo que la vía de interrupción abdominal se incrementa a mayor edad gestacional. Y se ha visto que la cesárea se indica más en las primiparas que en

las multiparas y esta falta de progresión en el trabajo de parto es una manifestación de la ineficaz actividad uterina. <sup>12</sup>

La prolongación de la gestación suele asociarse con disminución de la cantidad de líquido amniótico (signo de Ballantyne – Runge). Por ello es útil medir la altura uterina y el perímetro abdominal más frecuentemente a partir de la semana 41. Para el diagnóstico del embarazo prolongado el dato fundamental es el conocimiento exacto de la fecha de la última regla, precedida de ciclos regulares. La valoración conjunta de la anamnesis, la semiología y los datos de la ecografía pueden proporcionar un diagnóstico más acertado, en particular si hay dudas sobre la fecha de la última menstruación. <sup>11</sup>

Ante un embarazo prolongado existen 2 actitudes obstétricas: una activa, finalizar la gestación y otra expectante hasta que mejoren las condiciones cervicales, se inicie espontáneamente el parto o se sospeche compromiso fetal. Si se adopta una actitud conservadora, es necesario realizar un adecuado seguimiento del estado fetal. <sup>1</sup> Aunque se ha observado un mayor riesgo de aspiración de meconio y neumonía en los neonatos con mayor peso al nacer y que nacieron por vía vaginal. <sup>8</sup>

Durante las últimas 3 décadas, las Pruebas No Estresante (NTS) se han aceptado como una herramienta de vigilancia fetal primaria para los embarazos con riesgo de muerte fetal intraútero. Como consecuencia, la NTS se ha usado en combinación con los hallazgos de la ecografía tanto de la motilidad fetal, como del índice de líquido amniótico en el perfil biofísico. En las mujeres que cursan con embarazos

prolongados la NTS es una herramienta adecuada para vigilar la evolución del mismo. <sup>14</sup>

En la actualidad, el estudio de la frecuencia cardiaca fetal forma parte de los procedimientos de vigilancia de bienestar fetal del embarazo prolongado. Los esquemas propuestos pueden incluir la realización semanal de pruebas de esfuerzo fetal con contracciones, la combinación de pruebas basales con pruebas de esfuerzo si el resultado del primero así lo aconseja o el uso exclusivo de la prueba basal. <sup>1</sup>

Para algunos autores, el test estresante fetal con contracciones, continúa siendo el método más eficaz para el control fetal. El feto con una baja reserva placentaria secundaria a una insuficiencia útero – placentaria crónica desarrollará, al interrumpirse el aporte de oxígeno durante las contracciones, patrones desacelerativos tardíos. Teóricamente, esta prueba permitirá identificar precozmente el feto con problemas, antes de que se pierda la reactividad en la prueba basal. <sup>1</sup>

El trazado del embarazo postérmino puede tener una variabilidad de la línea de base falsamente tranquilizadora, ya que el sistema nervioso parasimpático se desarrolla con el avance de la edad gestacional. Normalmente, no se presentan dips tardíos que anuncien un sufrimiento fetal importante, pero los dips variables, la taquicardia o un patrón saltatorio puede preceder a los dips prolongados severos. Además de los dips prolongados sin recuperación, los patrones terminales en embarazos postérmino incluyen un patrón sinusoidal. <sup>13</sup>

La desaceleración variable de la frecuencia cardíaca fetal es caracterizada por la abrupta caída y recuperación, de tamaño variado en relación con la contracción. Estas desaceleraciones variables son producidas por una respuesta vagal del feto. La mayoría de los trabajos reportados refieren un decremento abrupto en relación con la oclusión del cordón umbilical.<sup>15</sup>

En algunos trabajos se reporta hipoxemia, hipercapnia y acidosis con una completa o parcial oclusión del cordón. Desde los trabajos iniciales de Barcroft se ha demostrado que la vagotomía altera la bradicardia inicial producida por la compresión funicular, esto ha demostrado el rol del vago en producir la bradicardia fetal. También se ha documentado la asociación del oligohidramnios y las desaceleraciones variables en fetos que cursan con compresión funicular. Algunos autores han demostrado que la amplitud de las desaceleraciones es mayor en fetos con más hipoxia.<sup>15</sup>

En el embarazo prolongado la causa principal de sufrimiento fetal intraparto es el oligohidramnios que facilita la compresión del cordón umbilical. Por otra parte, el perímetro del cordón umbilical medido por ecografía puede estar disminuido. Estos dos son indicadores precisos de riesgo fetal. Con el oligohidramnios la compresión del cordón se facilita y es mayor aún cuando se combina con un cordón umbilical hipovolémico. En estos casos el inicio de las contracciones uterinas del trabajo de parto puede desencadenar desaceleraciones variables de la frecuencia cardíaca fetal.

El embarazo prolongado conlleva un sinúmero de complicaciones tanto maternas, fetales y neonatales, el cual si no es detectado a tiempo nos enfrenta ante problemas de mayor complicación y por lo tanto los resultados al final del embarazo pudieran ser de consecuencias fatales.

Bajo las condiciones ya descritas y con fines preventivos, resulta importante responder a la pregunta ¿Cuáles son las condiciones perinatales que se observan en los neonatos nacidos de mujeres que cursan con embarazos de más de 41 semanas de gestación de acuerdo a los trazos tococardiográficos y las complicaciones inherentes al mismo con repercusiones maternas?, particularmente en el Hospital Materno Infantil de Inguaran, en el periodo comprendido del 01/01/04 al 30/06/04.

A nivel internacional la frecuencia del embarazo prolongado se reporta de un 7.5 hasta un 11%, según los métodos de determinación de la edad gestacional. La Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) considera que el embarazo prolongado se presenta en el 10% de todos los embarazos, de los cuales solo el 3% serán realmente embarazos prolongados y de ellos solo una parte se acompaña de fetos dismaduros.<sup>16</sup>

A nivel nacional en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) se calcula su presencia en el 2 al 4% del total de los embarazos.<sup>17</sup> A nivel local la cifra calculada para esta patología tan solo es del 3 al 4% del total de ingresos a la unidad de estudio.

La morbimortalidad y magnitud del problema nos obliga nosotros como especialistas a tratar de detectar a tiempo el problema y saberlo encaminar hacia una resolución obstétrica eficaz, rápida y con las menores complicaciones posibles para el binomio.

Tanto la ecografía como la tococardiografía son dos armas con las cuales el problema del embarazo prolongado puede ser vulnerado y minimizar los problemas que ello conlleva. En nuestra institución, la atención de pacientes con el diagnóstico de embarazo prolongado nos obliga como obstetras poderles ofrecer una resolución a su embarazo de la mejor manera y con las menores complicaciones tanto para la madre como para el neonato, por lo que es importante diagnosticar e interpretar los hallazgos de laboratorio y gabinete correctamente y a tiempo, con los datos clínicos de las pacientes. De acuerdo a lo reportado en la bibliografía, corroborar los resultados obtenidos, con las estadísticas encontradas en el hospital.

Los malos resultados obstétricos en una paciente que cursa con un embarazo de más de 41 semanas de gestación, se deben principalmente a un inadecuado control de la gestación y a un bajo nivel socioeconómico que en muchas ocasiones esto se presenta en mujeres a muy temprana edad. Aunado a esta problemática es de esperarse calificaciones Apgar bajos y una inadecuada evolución clínica del binomio.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**



## **MATERIAL Y METODOS**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en el Hospital Materno Infantil de Inguaran de segundo nivel de la Ciudad de México en el servicio de Ginecología y Obstetricia en el periodo comprendido entre el primero de enero al 30 de junio del 2004. Se obtuvo el número total de ingresos al servicio que contaran con los criterios de inclusión y los datos fueron capturados en una base de datos.

Utilizando como criterios de inclusión todos los expedientes con el diagnóstico de embarazo prolongado con 41 semanas o más de gestación y que contaran con la realización de un registro tococardiografico al momento de su estancia en la unidad tocoquirúrgica.

Se utilizaron variables como edad gestacional, edad materna, frecuencia cardíaca fetal, puntuación de Apgar, días de estancia intrahospitalaria, siendo variables discontinuas; otras variables como la presencia de trabajo de parto activo, uso de medicamentos, presencia de meconio, liquido amniótico, complicaciones presentes, características físicas del neonato, patologías asociadas al embarazo, control prenatal, lugar del control prenatal, estado civil, lugar de residencia, religión y ocupación siendo éstas de carácter nominal; peso del neonato de tipo continua y trazo tococardiografico, evolución, nivel socioeconómico y escolaridad siendo del tipo ordinal.

Para el análisis de resultados los datos fueron capturados en una base de datos en el paquete Excell obteniendo los porcentajes de cada una de las variables para su presentación en porcentajes, media, mediana, moda (medidas de tendencia central) mínimas, máximas, cuadros y figuras; siendo la investigación sin riesgo.

## RESULTADOS

- Ingresaron al estudio un total de 40 pacientes, con una edad mínima de 16 años y una máxima de 36, la edad que más se observó fue de 18 años con un total de 5 pacientes que representan el 12.5%.
- El 47.5% de las pacientes (19) eran primigestas, 27.5% (11) secundigestas y el 25% restantes (10) eran multigestas.
- La edad gestacional calculada por amenorrea confiable se obtuvo solamente en 34 pacientes. Las semanas de gestación mínima fue de 41 semanas con 4 pacientes (11.8%) y la máxima de 43.6 con 1 paciente (2.9%) y una edad gestacional más frecuente de 41.2 semanas en 5 pacientes (14.7%), y un promedio de edad gestacional en total de 41.6 semanas.
- La edad gestacional calculada por estudio ultrasonográfico se realizó solo en 26 pacientes obteniendo una edad mínima de 38.3 semanas y una máxima de 43.3 semanas, con una edad gestacional más frecuente de 41 semanas con un total de 7 pacientes (26.9%) y una edad promedio de 41 semanas.
- Al momento de su ingreso 27 pacientes (67.5%) no presentaban trabajo de parto activo y solo 13 (32.5%) cursaban ya con trabajo de parto.
- En cuanto a la frecuencia cardíaca fetal registrada al momento del ingreso a la unidad, la menor fue de 108 por minutos en una paciente (2.5%) y la máxima de 188 también en 1 paciente (2.5%), la frecuencia cardíaca que más se presentó en el total de las pacientes fue de 140 por minutos en un total de 12 pacientes (30%). El registro de la frecuencia fetal siempre fue corroborado por tococardiografo.

- Los 40 expedientes incluían estudio tococardiográfico, obteniendo 10 no reactivos (25%), 26 reactivos (65%), un trazo silente (2.5%) y 3 con taquicardia fetal (7.5%).
- El líquido amniótico fue claro en 30 pacientes (75%) y presentaban meconio 10 pacientes (25%).
- Un total de 11 pacientes (27.5%) finalizaron su gestación vía vaginal y 29 (72.5%) terminaron con interrupción vía cesárea.
- Las indicaciones de la cesárea fueron las siguientes:

<b>Indicación</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Baja Reserva Fetal	6	15
Cérvix desfavorable	5	12.5
Cesárea previa	1	2.5
Desproporción cefalopelvica	3	7.5
Inducción fallida de TDP	2	5
Oligohidramnios	2	5
Taquicardia fetal	6	15
TDP estacionario	2	5
Variaciones de la FCF	2	5

- El sexo de los neonatos fue 24 hombres (60%) y 16 mujeres (40%).

- El peso mínimo de los neonatos fue de 2700 grs. y el máximo de 4240 grs.  
Con una media de 3449 grs.
- La calificación Apgar fueron las siguientes:

<b>Apgar</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
6 - 8	1	2.5
7 - 9	1	2.5
8 - 9	37	92.5
9 - 9	1	2.5

- Se presentaron complicaciones maternas en 7 pacientes, las cuales fueron:

<b>Complicación</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Desgarro uterino	1	2.5
Desgarro vaginal	1	2.5
Hipotonía	1	2.5
Herida quirúrgica sangrante	1	2.5
Íleo metabólico	1	2.5
Punción de duramadre	1	2.5
Síndrome anémico	1	2.5

- No se presento ninguna complicación neonatal.
- El síndrome de Clifford se presento solo en 4 neonatos, el tipo I en 3 pacientes (7.5%) y el tipo II en un paciente (2.5%).
- La calificación de Capurro para la edad gestacional dada por los pediatras fue la siguiente:

Capurro	No.	%
36	1	2.5
38	3	7.5
39	3	7.5
40	27	67.5
41	4	10
42	2	5

- De un total de 40 expedientes solo 6 pacientes (15%) no tuvieron control prenatal regular y el resto 34 pacientes (85%) tuvieron 5 consultas o más durante la gestación.
- El control prenatal se llevo a cabo en 29 pacientes en Centro de Salud (72.5%) y 11 pacientes (27.5%) en medio particular.

- El nivel socioeconómico fue el siguiente:

<b>Nivel Económico</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
0	9	22.5
I	27	67.5
II	3	7.5
III	1	2.5

- La escolaridad de las pacientes fue la siguiente:

<b>Escolaridad</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Ninguna	1	2.5
Primaria	12	30
Secundaria	13	32.5
Bachillerato	12	30
Licenciatura	2	5

- La mayoría de las pacientes 39 (97.5%) eran católicas y solo 1 (2.5%) no profesaba ninguna religión.

- La ocupación de las pacientes fue la siguiente:

<b>Ocupación</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Comerciante	5	12.5
Empleada	1	2.5
Hogar	33	82.5
Contadora	1	2.5



## **DISCUSION**

La literatura menciona una frecuencia del embarazo prolongado en Europa en aproximadamente del 10%, aunque en nuestro país se calcula entre un 2 y un 4% dependiendo de la bibliografía consultada y de la institución médica donde se evalúe la magnitud del problema.

Un adecuado control prenatal así como una adecuada orientación a las pacientes desde los primeros meses de la gestación es condicionante importante para obtener buenos o malos resultados al momento del nacimiento tanto para el neonato como para la madre.

Además se observa que cada vez se embarazan las mujeres a menor edad, cuando aun se encuentran en la etapa de la adolescencia, siendo inestables económicamente, la mayoría de las ocasiones teniendo que ser madres solteras o que viven en unión libre, con una alimentación regular o francamente mala, y en muchos casos sin los servicios médicos adecuados y oportunos para su atención.

En este estudio se concluye que el diagnóstico oportuno y la adecuada evaluación clínica por un experimentado obstetra es primordial para llevar a buen fin la gestación ya sea por vía vaginal como por vía abdominal, teniendo en consideración que en los últimos años se ha luchado nuevamente por intentar que el embarazo llegue a finalizar por la vía natural aunque en ocasiones esto es imposible tanto por condiciones maternas como por condiciones fetales en donde la cirugía se hace necesaria para el nacimiento.

Los estudios de laboratorio y principalmente los de gabinete, es especial la ultrasonografía y la tococardiografía son elementos en la mayoría de los casos indispensables para evaluar la edad gestacional y el bienestar fetal. Sin duda la ecografía es una herramienta que nos orienta a calcular la edad del embarazo especialmente cuando las pacientes desconocen su fecha de última regla o cuando por disfunciones en el ciclo menstrual cursan con ciclos menstruales irregulares, y no solo para eso es importante la ecografía ya que nos orienta también para realizar la fetometría, calcular la cantidad del líquido amniótico y la posible senescencia placentaria.

Referente a la tococardiografía es un método de evaluación biofísica que en particular en los casos de embarazo prolongado nos da una orientación de la reactividad cardíaca fetal y de la tolerancia que los fetos pueden tener ante un estrés que significa para ellos el trabajo de parto, por lo que se debería tener a todas las pacientes con esta patología siempre con una monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal mientras dure el trabajo de parto o hasta que se decida el nacimiento vía cesárea.

Los resultados en cuanto a la calificación de Apgar prácticamente fueron favorables en todos los casos, aun teniendo en consideración que los registros no reactivos se presentaron en 14 casos y uno de ellos resulto ser silente, sin embargo la calificación obtenida para los neonatos por parte de los pediatras fue aceptable y ninguno de los

recién nacidos presento complicaciones por asfíxia y su evolución intrahospitalaria fue estable hasta el momento de su egreso de la unidad.

Aun cuando casi la tercera parte de los casos se resolvió vía abdominal no se observó ninguna complicación fetal, todos los neonatos tuvieron una calificación Apgar adecuada registrando solamente un caso con una puntuación de 6-8 el cual evolucionó sin complicación alguna, y los pesos al nacer en todos los casos fueron aceptables. Y en el caso de las puérperas más de 80% de ellas evolucionaron de manera exitosa, del porcentaje restante un caso correspondió a una complicación anestésica.

En esta revisión se encontró que el síndrome de Clifford solamente se presentó en 4 neonatos representando solamente el 10% del total, un resultado favorable tomando en consideración la referencia bibliográfica.

Cabe mencionar que es de vital importancia educar e inculcar a nuestra población, independientemente de la edad, la responsabilidad que conlleva un embarazo y las consecuencias a todos los niveles que esto representa, ya que se ha observado un incremento en el número de mujeres embarazadas menores de edad, teniendo como consecuencia problemas que en el peor de los casos pueden culminar con evento fatal.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Lluís Cabero Roura; **Riesgo Elevado Obstétrico**; Colección de Medicina Materno – Fetal; editorial Masson; 2002.
2. Líder, Costeloe, Thilaganathan; **BJOG**; feb. 1998; vol. 105:169 – 173; Prolonged Pregnancy; Evaluating Gestation – Specific Risks of Fetal and Infant Mortality.
3. Roura – Cerqueira; **Protocolos de Medicina Materno – Fetal**; 2da edición; editorial Ergon; 2000.
4. Induction of Labour Confers Benefits in Prolonged Pregnancy; **British Journal of Obstetrics and Gynecology**; vol. 101, febrero 1994, 99 – 102; REVIEW.
5. Cucco, Osborne, Cibils; **Am Journal Obstet Gynecol**; vol. 106, 1989, 916 – 920; Maternal –Fetal Outcomes in Prolonged Pregnancy.
6. Shapiro, Lyons; **Am J Obstet Gynecol**; 1989; 106:909 – 12; Late Maternal Age and Postdate Pregnancy.
7. Eden, Seifert, Winegar, Spellacy; **The Journal of Reprod Medicine**; vol. 33, núm 1, enero 1998; Maternal Risk Status and Postdate Pregnancy Outcome.
8. Olesen, Westergaard Olsen; **Am J Obstet Gynecology**, 2003; 189: 222 -7; Perinatal and Maternal Complications Related to Postterm Delivery: A National Register – Based Study, 1978 - 1993.
9. Judith Chevenark; **Clinical Obstet and Gynecology**, vol. 35, núm 1, marzo 1992; Macrosomia in the Postdates Pregnancy.
10. Arias; **Guía Práctica para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo**, 2da edición, Harcourt Brace, 1999.

11. Ricardo Leopoldo Schwarcz; **Obstetricia**; editorial el Ateneo; 2002.
12. Usher, Boyd, Mclean, Kramer; **Am Journal Obstet Gynecol**, vol. 158, 1988, 334 – 338; Assessment of Fetal Risk in Postdate Pregnancy.
13. Micki Cabaniss; **Monitorización Electrónica Fetal**; editorial Masson; 2002.
14. Lawrence Devoe and Chandra Jones; **Clinical Obstetrics and Gynecology**; 2002, vol. 45, núm 4: 986 – 992; Nonstress test: Evidence – Based Use in High – Risk Pregnancy.
15. Ball, Parer; **Am Journal Obstet Gynecol**; 1992; 166:1683 – 9; The Physiologic Mecanismos of Variable Decelations.
16. José M. Carrera Maciá; **Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal**; 3ra edición; editorial Masson; 2000.
17. **Normas y Procedimientos en Ginecología y Obstetricia**; Instituto Nacional de Perinatología; 2002.
18. **Archivo Clínico del Hospital Materno Infantil Inguarán**.