



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**ASOCIACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y PROLONGACIÓN DEL
EMBARAZO A 41 SEMANAS O MÁS EN PACIENTES DEL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL INGUARÁN**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

**PRESENTADO POR
DR. JUAN CARLOS TAPIA SANDOVAL**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTORA DE TESIS
DRA. LOURDES GARCÍA LÓPEZ**

MÉXICO, D. F.

-2016-



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.

**ASOCIACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y PROLONGACIÓN DEL
EMBARAZO A 41 SEMANAS O MÁS EN PACIENTES DEL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL INGUARÁN**

AUTOR: DR. JUAN CARLOS TAPIA SANDOVAL

Vo.Bo.

DR. JUAN CARLOS DE LA CERDA ÁNGELES



Dr. J. Carlos de la Cerda Angeles
CED. PROF. 3626290
GINECO-OBSTETRA

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

Vo.Bo.



Vo.Bo.

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

**ASOCIACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y PROLONGACIÓN DEL
EMBARAZO A 41 SEMANAS O MÁS EN PACIENTES DEL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL INGUARÁN**

Vo.Bo.

DRA. LOURDES GARCÍA LÓPEZ



**DIRECTORA DE TESIS
GESTORA DE CALIDAD EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL
INGUARÁN**

AGRADECIMIENTOS

Dedico esta obra a mis padres ya que sin ellos este sueño no hubiera sido realidad, agradezco su apoyo incondicional, la fortaleza y los consejos brindados en los buenos y malos momentos.

A mi esposa, un pilar importante y fundamental en este logro, creciendo conmigo a la par, paso a paso, en este recorrido tan empedrado como es la residencia, levantándome cuando sentía que era imposible concluir este proyecto

A mi asesor de Tesis, parte importante para iniciar y finalizar esta obra crucial en el fin del curso.

A la Secretaría de Salud del Distrito Federal, quien hace 4 años me abrió sus puertas y me permitió seguir mi camino día a día como profesional de la salud, brindándome la oportunidad de trabajar en todo momento con sus pacientes.

Para la Universidad Nacional Autónoma de México, orgullosamente la máxima casa de estudios, solo tengo gestos y palabras de agradecimiento ya que hace 14 años formo parte de esta gran institución. Nunca dude de su grandeza y el gran cobijo que me daría al optar por ella.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MATERIAL Y MÉTODOS	4
RESULTADOS	6
DISCUSIÓN	14
CONCLUSIONES	15
RECOMENDACIONES	17
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

RESUMEN

Objetivo: Conocer la asociación de los factores de riesgo y la prolongación del embarazo a 41 semanas o más en pacientes del Hospital Materno Infantil Inguarán.

Material y métodos: Se efectuó un estudio epidemiológico, descriptivo, transversal, retrospectivo y de casos-contrroles. Se estudiaron pacientes embarazadas con diagnóstico de 41 y más semanas de gestación (corroboradas por fecha de última menstruación confiable o ecografía del 1er trimestre) primigestas y multigestas.

Resultados: Se revisaron 104 casos expedientes clínicos de pacientes con embarazo de 41 o más semanas de cualquier edad, con una edad media de 23.8 con un rango que va de 15 a 40. Se obtuvo un OR de 1 (con límite de Cornfield incorrecto) para la edad materna mayor de 40 años. Para el Índice de Masa Corporal mayor de 30 kg/m² el OR calculado fue de 1.49 (0.89 OR 2.5). Por su parte el OR para la gran multiparidad y primigravidez fue de 2.04 (0.42 OR 9.93) y 0.74 (0.44 OR 1.24) respectivamente. La presencia de feto masculino tuvo un OR de 1.02 (0.62 OR 1.68), mientras que para la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos, el antecedente personal de embarazo prolongado y de malformaciones fetales el OR obtenido fue menor de 1.

Conclusiones: El embarazo prolongado no es una enfermedad, pero incrementa la morbimortalidad fetal y el índice de cesáreas. En la población estudiada parece que la edad materna avanzada y la primigravidez no son factores de riesgo para embarazo prolongado, pero si se encontró que la obesidad pero sobre todo el sobrepeso si lo condicionan, al igual que la gran multiparidad y la presencia de feto masculino, aunque esté último no parece impactar de manera significativa. Cabe mencionar que la mayoría de nuestra población tienen un nivel socioeconómico bajo, que tal y como lo menciona la literatura médica predispone a ésta condición. Podemos resumir que en la población en la que se llevó a cabo el estudio, los factores relevantes para que un embarazo sobrepase las 40 semanas son: gran multiparidad,

sobrepeso-obesidad, nivel socioeconómico bajo y presencia de feto masculino.

Palabras clave: Embarazo prolongado, factor de riesgo, sobrepeso-obesidad, gran multiparidad.

ABSTRACT

Objective: Knowing the association of risk factors and prolonging pregnancy beyond 41 weeks in patients of Hospital Materno Infantil Inguarán.

Material and methods: An epidemiological, descriptive, transversal, retrospective, cases and control research was made. Pregnant women with diagnosis of 41 or more weeks of pregnancy were studied (corroborated by reliable last menstrual period or ultrasonography of the 1st trimester) primigravid and multigravid.

Results: 104 cases from clinical files of patients with 41 or more weeks of pregnancy were revised. The average age was 23.8, rank from 15 to 40. It was obtained an OR of 1 (with incorrect Cornfield limit) for maternal age greater than 40 years old. For the body mass index greater than 30 kg/m² the OR calculated was 1.49 (0.89 OR 2.5). The OR for great multiparity and primigravity was 2.04 (0.42 OR 9.93) and 0.74 (0.44 OR 1.24) respectively. The presence of male fetus had an OR 1.02 (0.62 OR 1.68), while for intake of NSAIDs, the personal background of prolonged pregnancy and fetal malformations the OR obtained was lower than 1.

Conclusions: Prolonged pregnancy is not a disease, but it increases the fetal morbidity and mortality and increases the rate of Caesarean operations. It seems that advanced maternal age and being primigravid are not risk factors for prolonged pregnancy in the population studied, but it was found that obesity but especially overweight do condition it, the same as great multiparity and the presence of male fetus thought this last factor doesn't seem to impact in a significantly. It is important to mention that the majority of our population has low socioeconomic status, which it is a predisposing factor to this condition as stated in the literature. We can summarize that in the population studied, the relevant factors so that pregnancy exceeds the 40 weeks are: great multiparity, overweight-obesity, low socioeconomic status and male fetus.

Key words: Prolonged pregnancy, risk factor, overweight-obesity, great multiparity.

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo postérmino fue descrito por primera vez por Hipócrates en el año 350 a.C. después Ballantyne en 1902 ya en nuestra era fue el primero en describirlo.³ Clifford describe el síndrome de posmadurez asociado a disfunción placentaria y desde 1970 se reconoce el incremento de la mortalidad perinatal por esta entidad.⁴

Según la FIGO (Federación Internacional de Ginecología Obstetricia), se considera embarazo en vía de prolongación al que dura 41 semanas o más y cronológicamente prolongado o simplemente prolongado a aquel de 42 semanas o más.¹

Ocurre alrededor del 7.5 al 10% de las embarazadas. Generalmente es benigna, sin embargo es una condición obstétrica que produce inquietud en la embarazada y en su entorno por la alta morbimortalidad perinatal que conlleva, incrementándose con el aumento de las semanas de gestación. Este riesgo es debido a la hipoxia relacionada con la senescencia placentaria.¹ Se estima que el embarazo cronológicamente prolongado real con hipermadurez representa el 1 al 2% de todas las gestaciones, siendo los diagnósticos restantes, casos de falsa prolongación del embarazo.⁷

Es importante mencionar que en esta población el índice de cesáreas es mayor debido a las fallas de inducción y a la presencia de pérdida de bienestar fetal, antes conocido como sufrimiento fetal ya sea agudo o crónico.¹

La tasa de mortalidad perinatal en embarazos cronológicamente prolongados es el doble que en el embarazo de término (4-7 vs 2-3 muertes por cada 1000 nacimientos).¹ El riesgo perinatal y materno se incrementa a las 41 semanas respecto a la 39 o la 40. Stamilo considera que el embarazo prolongado podría ser definido como aquel que supera las 41 semanas de gestación.⁷

Existen factores ya descritos en la literatura médica que predisponen a un embarazo prolongado, algunos más estudiados que otros, entre los cuales destacan los siguientes:

- Predisposición genética.⁴

- Edad materna de 40 años o más, aunque es un factor controversial. Algunos han señalado una relación inversa entre edad materna y la frecuencia de esta entidad.^{7,8,11}
- Antecedente personal de embarazo prolongado (50% posibilidad de nuevo embarazo prolongado).^{4,7,8,11}
- Primigravidez (RR 1.06)^{4,8} y grandes múltiparas.⁸ Otros trabajos asocian la nuliparidad al embarazo prolongado.⁷
- Fetos sexo masculino y deficiencia de sulfatasa placentaria.^{4,7,8}
- Consumo antiinflamatorios no esteroideos.⁴ Los AINEs están contraindicados especialmente durante el 3er trimestre ya que pueden retrasar el trabajo de parto y el parto por inhibición de las contracciones uterinas.¹³
- Hipoplasia suprarrenal, niveles bajos de estrógenos.^{2,4,11}
- Factores intrínsecos del parto: disminución en liberación de óxido nítrico por el cérvix.¹¹
- Anencefalia predominantemente y algunas cromosomopatías (trisomías 16 y 18).^{2,7,11}
- Raza (mayor incidencia en embarazadas de raza blanca).^{2,11}
- Obesidad. En general el 30% de las obesas desarrollan embarazos prolongados.^{5,7}
- Patologías sistémicas como el hipotiroidismo.^{2,11}
- Nivel socioeconómico bajo.^{8,11}

El diagnóstico oportuno en pacientes con embarazo prolongado se logra a través de:

La FUM (fecha de última menstruación) confiable considerando⁴: 3 últimos ciclos regulares, si la paciente recuerda fácilmente su primer día de FUM, ausencia de sangrado en primer trimestre, no haber usado anticonceptivos hormonales 3 meses anteriores al embarazo.

Ecografía: Segundo parámetro, solo si FUM no es confiable, en el primer trimestre, con visualización de embrión o feto y una medida de longitud cráneo-caudal permite mejor determinación de la edad gestacional con margen de error de 5 a 7 días con respecto a la real.

Las Normas de Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología en México, han recomendado que la resolución del embarazo no debe rebasar la semana 41 ante la evidencia de la alta morbimortalidad materno fetal que induce el embarazo postérmino.¹¹

Dentro de las complicaciones asociados a embarazo cronológicamente prolongado se encuentra la macrosomía fetal que ocasiona trabajo de parto prolongado, desproporción cefalopélvica, daño perineal materno severo y distocia de hombros.^{1,11}

La presencia de oligohidramnios y meconio en líquido amniótico en casos de recién nacidos postérmino o provenientes de un embarazo en vía de prolongación pequeños para la edad es frecuente e incrementa el riesgo de compresión de cordón umbilical, hipoxia-acidosis fetal y síndrome de aspiración de meconio y de posmadurez. En fetos postmaduros macrosómicos es mayor la frecuencia de trauma obstétrico.²

De acuerdo a lo anterior se plantea como objetivo conocer la asociación de los factores de riesgo y la prolongación del embarazo a 41 semanas o más en pacientes del Hospital Materno Infantil perteneciente a la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico, descriptivo, transversal, retrospectivo y de casos y controles. Se revisaron expedientes de pacientes embarazadas con diagnóstico de 41 y más semanas atendidas en el Hospital Materno Infantil Inguarán en el periodo comprendido del 01 de Agosto del 2013 al 31 de Julio del 2014.

Criterios de inclusión: embarazo de 41 semanas o más por FUM confiable o ecografía del 1er trimestre, primigestas y multigestas.

Criterios de exclusión: - Embarazadas con diagnóstico de 41 semanas o más NO corroborado por FUM confiable o ecografía 1er trimestre.

Criterios de interrupción: Ninguno

Criterios de eliminación: No contar con suficientes datos o datos incompletos en el Expediente Clínico.

Se analizaron un total de 348 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de embarazo de 41 semanas o más (casos) y de 40 o menos semanas (controles) en el periodo de tiempo ya referido. Para los controles se utilizó una relación de 2 controles por cada caso.

Referente a los casos, solo se incluyeron en el estudio 104 de 140 expedientes clínicos que cumplieron criterios de inclusión, los 36 expedientes restantes se eliminaron ya que no cumplían con los criterios para ser incluidos (falta de FUM confiable en 34 expedientes y los 2 restantes por falta de peso y talla, indispensables para obtener Índice de Masa Corporal). Para la captura de la información se elaboró un formato ex profeso, que incluía variables de tipo demográfico y clínicas tales como la edad, peso, talla, número de gestas, antecedentes personales y familiares de embarazo prolongado, antecedente de ingesta de AINEs durante la gestación, malformaciones fetales o neonatales – dependiendo el momento en que se diagnosticara- y presencia de enfermedades sistémicas al momento del diagnóstico.

Posteriormente, se elaboró la base de datos en Excel y se realizó el análisis de los resultados en el programa de Epi Info 6, obteniendo en forma descriptiva porcentaje, media, desviación estándar y rango. En forma

inferencial se calculó la razón de momios. Para la elaboración de las gráficas de barras se utilizó la regla de Sturges.

Desde el punto de vista bioético es una investigación sin riesgo.

3. RESULTADOS

Se obtuvieron 104 casos expedientes clínicos de pacientes con embarazo de 41 o más semanas.

Con respecto a la edad del grupo de casos, se tuvo una media de 23.8 con un rango que va de 15 a 40.

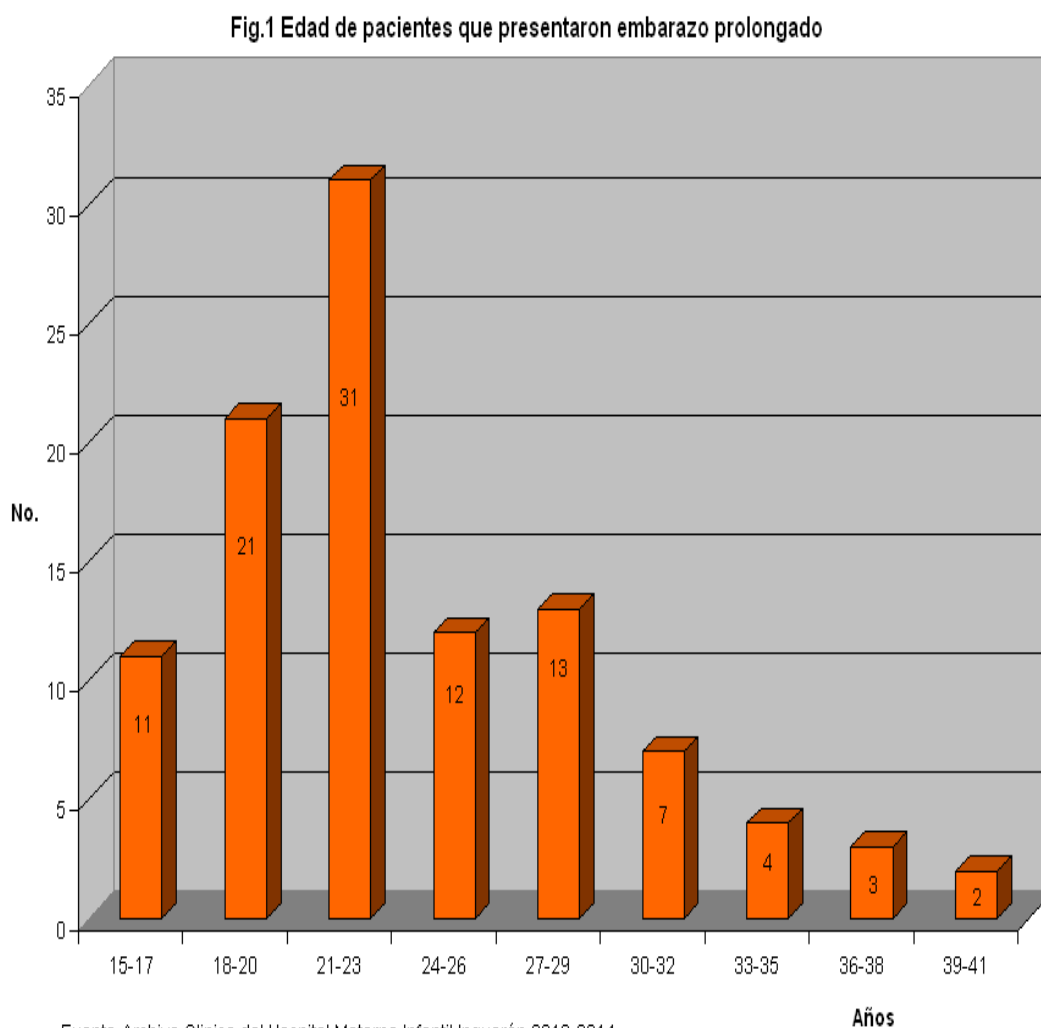


Fig.1 Los grupos más frecuentes fueron de 21-23 años con un 30% (31 casos), el de 18-20 años con un 20% (21 casos) seguido del de 27-29 años con un 13% (13 casos).

El grupo de controles estuvo integrado por 208 expedientes de mujeres con embarazo de 40 y menos semanas de edad gestacional, con una edad media de 24 con un rango que va de 13 a 41.

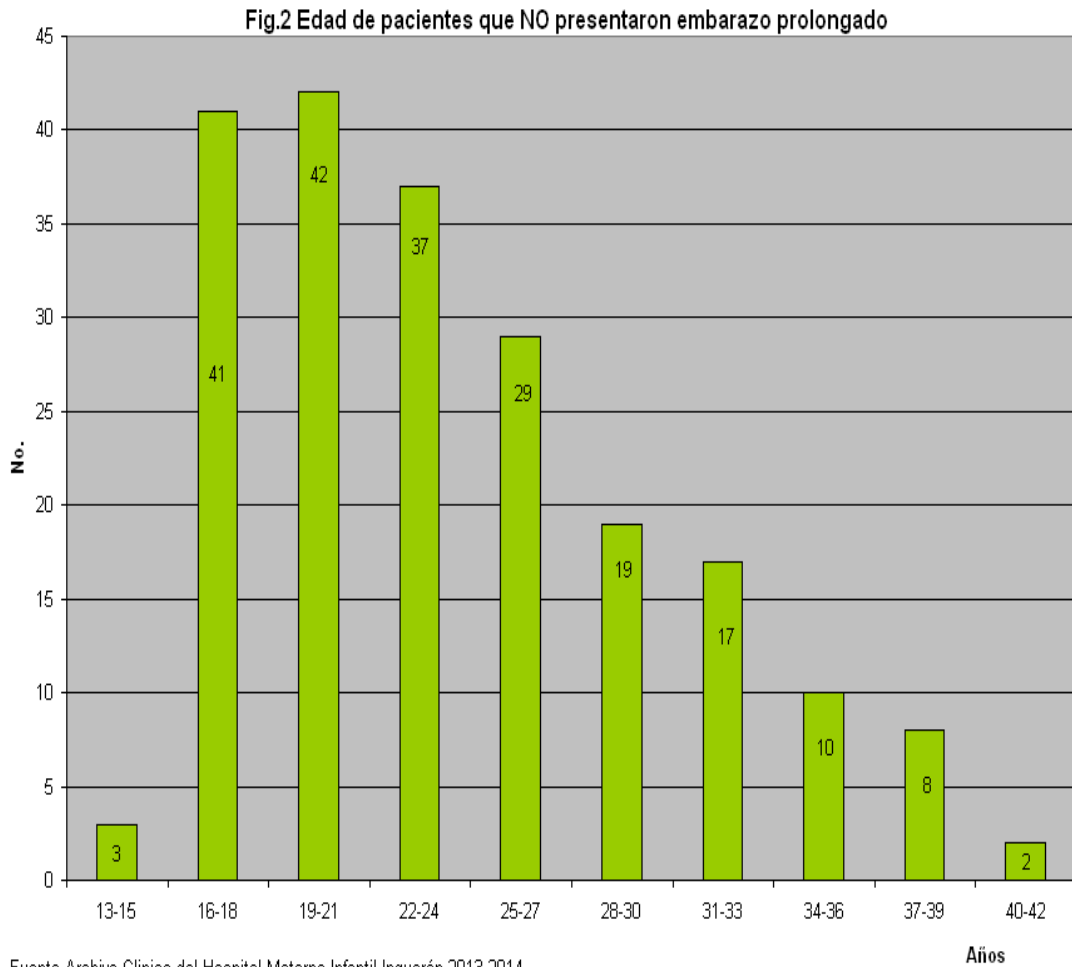
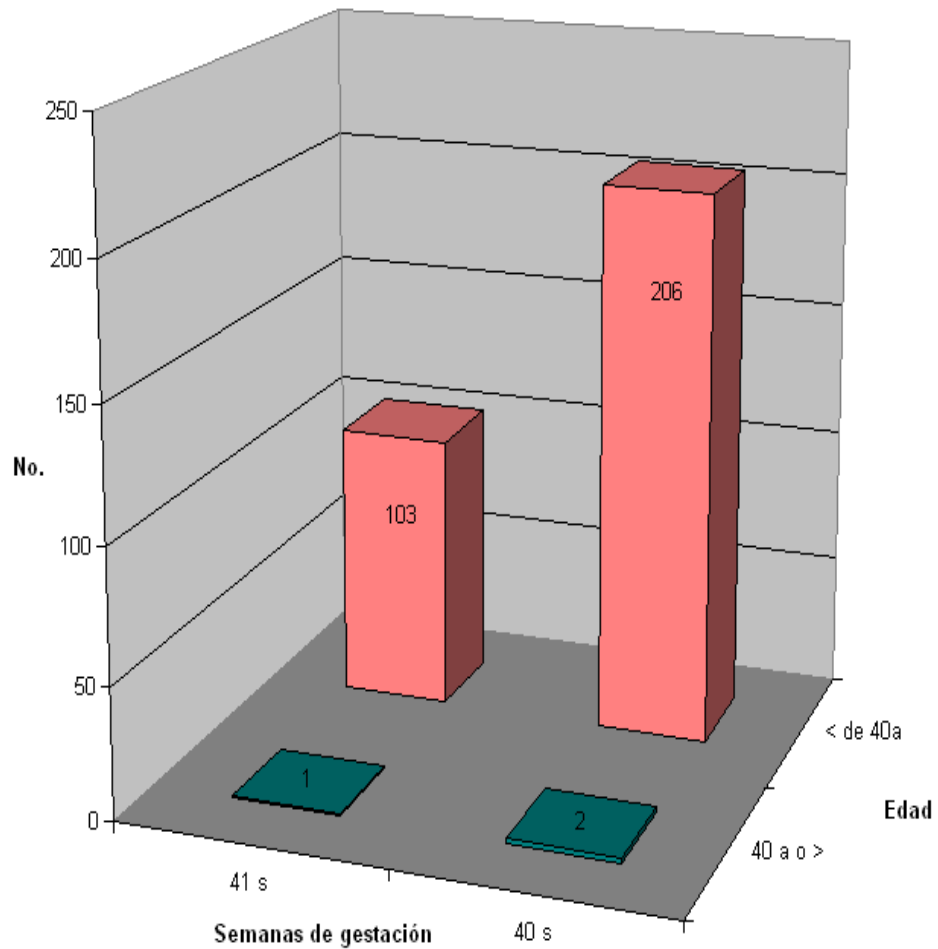


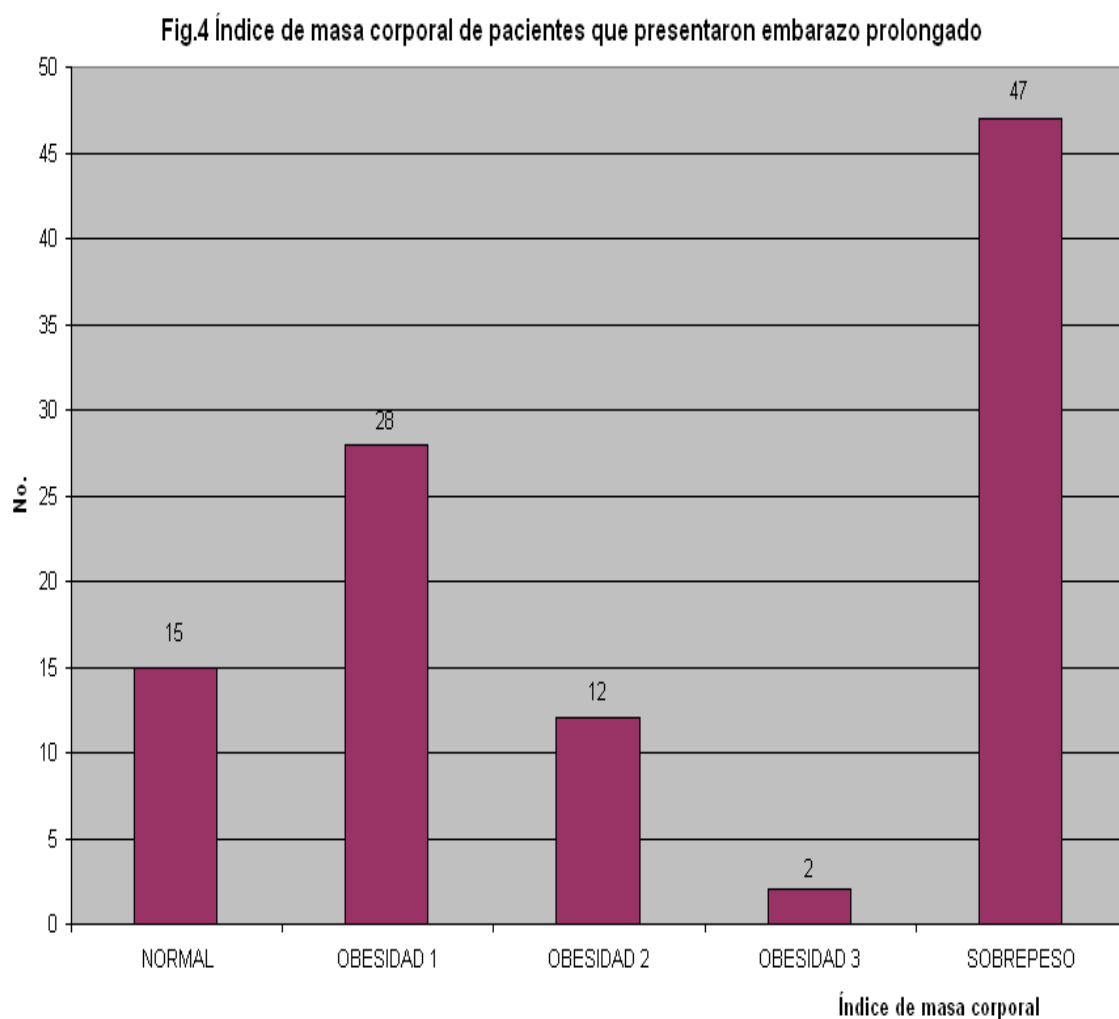
Fig.2 Los grupos más frecuentes fueron 19-21 años con un 20% (42 casos), el de 16-18 años con un 19%(41 casos) y el de 22-24 años con un 18% (37 casos).

Fig.3 Comparativo de edad para embarazo prolongado



Fuente-Archivo Clínico del Hospital Materno Infantil Inguarán 2013-2014.

Al realizar el cálculo del Odds Ratio para la edad materna, ya que las pacientes mayores de 40 años son las consideradas de mayor riesgo para tener un embarazo mayor de 41 semanas, se obtuvo un resultado de 1 (con límite de Cornfield incorrecto), como se puede observar en la Fig.3.

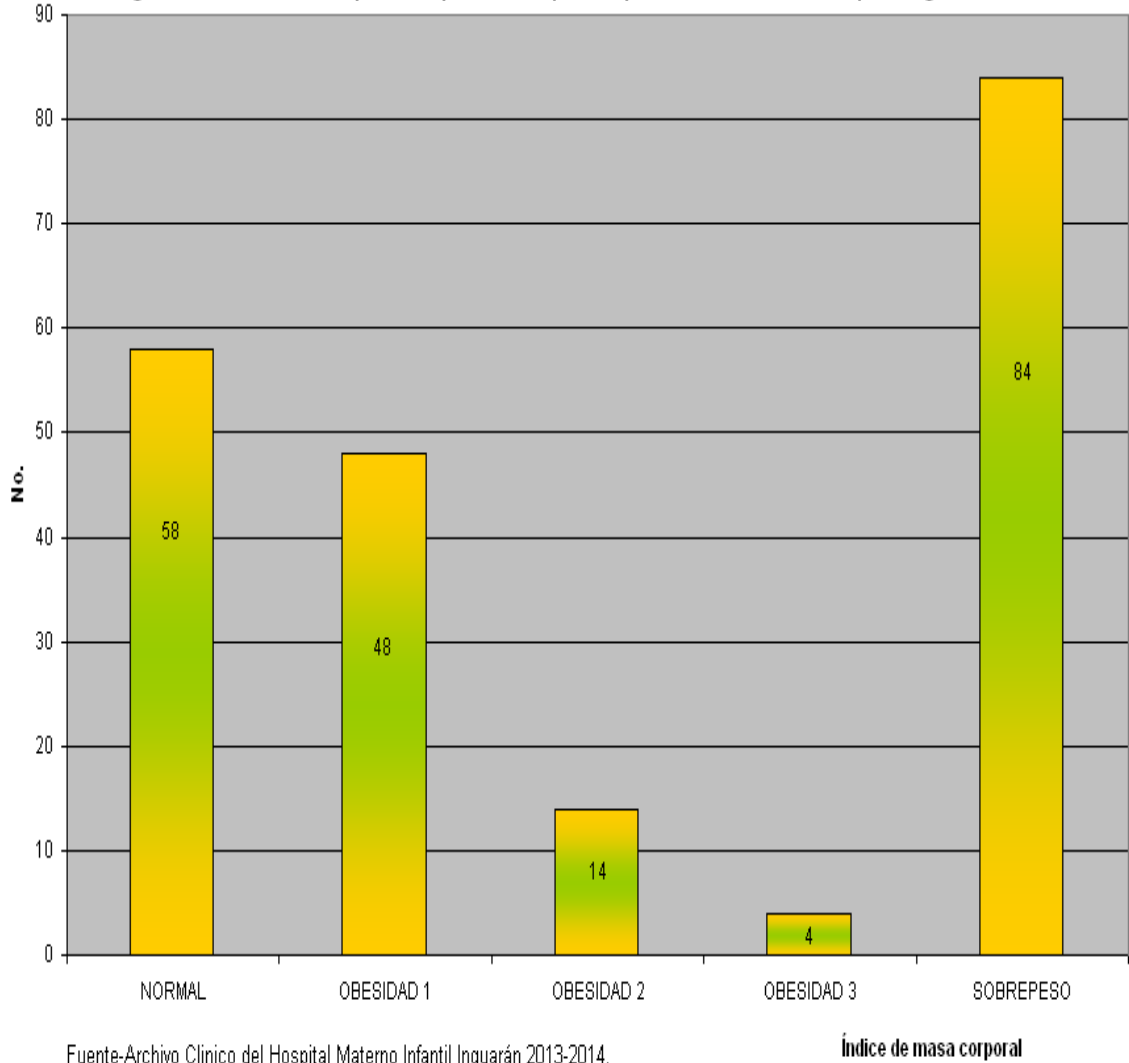


Fuente-Archivo Clínico del Hospital Materno Infantil Inguarán 2013-2014.

Fig.4 En el Índice de Masa Corporal en el grupo de casos, se observó que el 45% (47 pacientes) tuvieron sobrepeso, 27% (28 pacientes) obesidad grado I, 12% (12 pacientes) obesidad grado II, solo 2% (2 pacientes) obesidad grado III, el resto con un IMC normal. Sin presentarse casos de desnutrición.

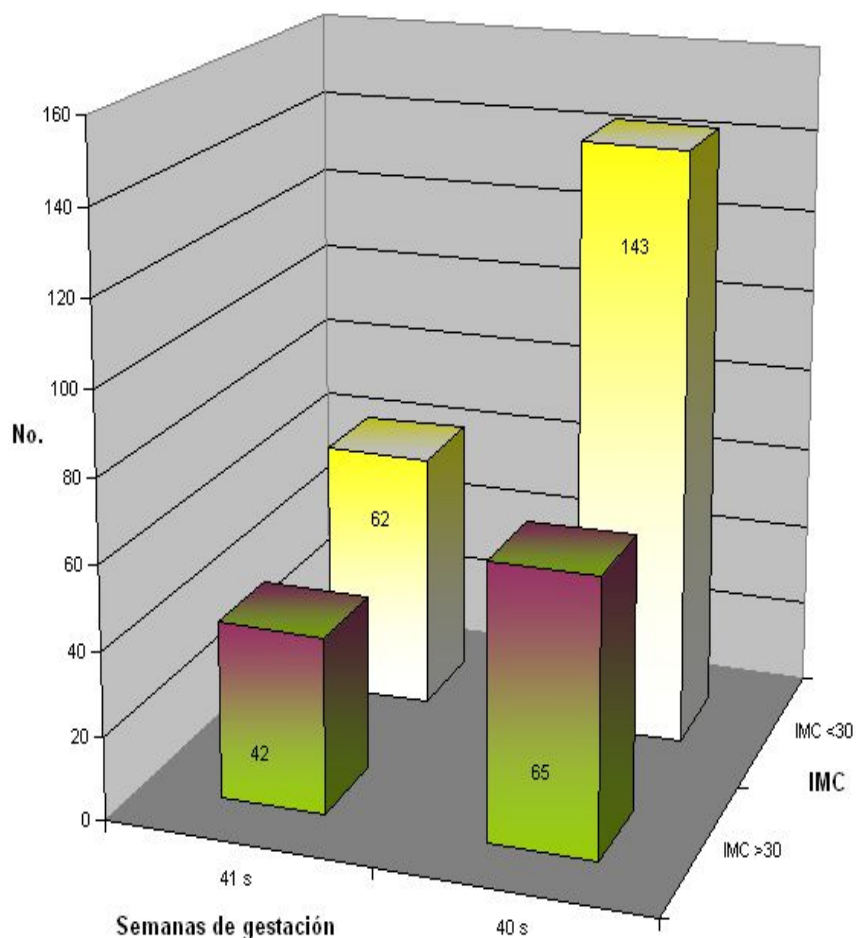
En el grupo de controles el IMC que se encontró en 84 pacientes (40%) fue sobrepeso, seguidos de 58 pacientes con IMC normal (28%) y 48 con obesidad grado I (23%). Fig.5.

Fig.5 Índice de masa corporal de pacientes que NO presentaron embarazo prolongado



Al determinar el riesgo que provoca la presencia de un IMC $>30 \text{ kg/m}^2$ para la presentación del embarazo prolongado se obtuvo un Odds Ratio de 1.49 (0.89 OR 2.5), en la Fig.6 se muestra el comportamiento.

Fig.6 Comparativo del índice de masa corporal para embarazo prolongado



Fuente-Archivo Clínico del Hospital Materno Infantil Inguarán 2013-2014.

En cuanto al antecedente de embarazo prolongado en el grupo de casos no lo tuvieron mientras que en el grupo de controles solo una paciente lo refirió.

Al determinar el riesgo que representa la presencia de antecedentes personales de embarazo prolongado para la recurrencias de éste se obtuvo un Odds Ratio de 0 (0.00 OR 34.89).

Referente a la ingesta de AINEs durante el embarazo, solo dos pacientes del grupo de controles presentaron este antecedente (Ketorolaco e Indometacina). Se determinó el riesgo que representa para que un embarazo se prolongue a más de 40 semanas obteniéndose un Odds Ratio 0 (0.89 OR 8.18).

Con respecto a la relación que existe entre la presencia de de malformaciones fetales y la presentación del embarazo prolongado, se encontró que en grupo de casos solo 2 pacientes tuvieron presente este antecedente (agenesia de pabellón auricular derecho y macrosomía), mientras que en el caso de controles 5 lo presentaron (dolicocefalia, macrosomía, quiste en cuello). El Odds Ratio fue de 0.8 (0.11 OR 4.72).

No hubo ningún caso de antecedente familiar de embarazo prolongado y solo una paciente en el grupo de controles presentó Diabetes Mellitus Gestacional.

Tabla I Frecuencia de pacientes grandes multíparas con embarazo prolongado versus aquéllas sin embarazo prolongado.

GESTAS	CASOS		CONTROLES	
	No.	%	No.	%
> 5	4	4	4	2
< 5	100	96	204	98
TOTAL	104	100	208	100

Fuente-Archivo Clínico Hospital Materno Infantil Inguarán 2013-2014.

Se obtuvo un Odds Ratio de 2.04 (0.42 OR 9.93).

Tabla II Frecuencia de pacientes primigestas con embarazo prolongado versus pacientes sin embarazo prolongado.

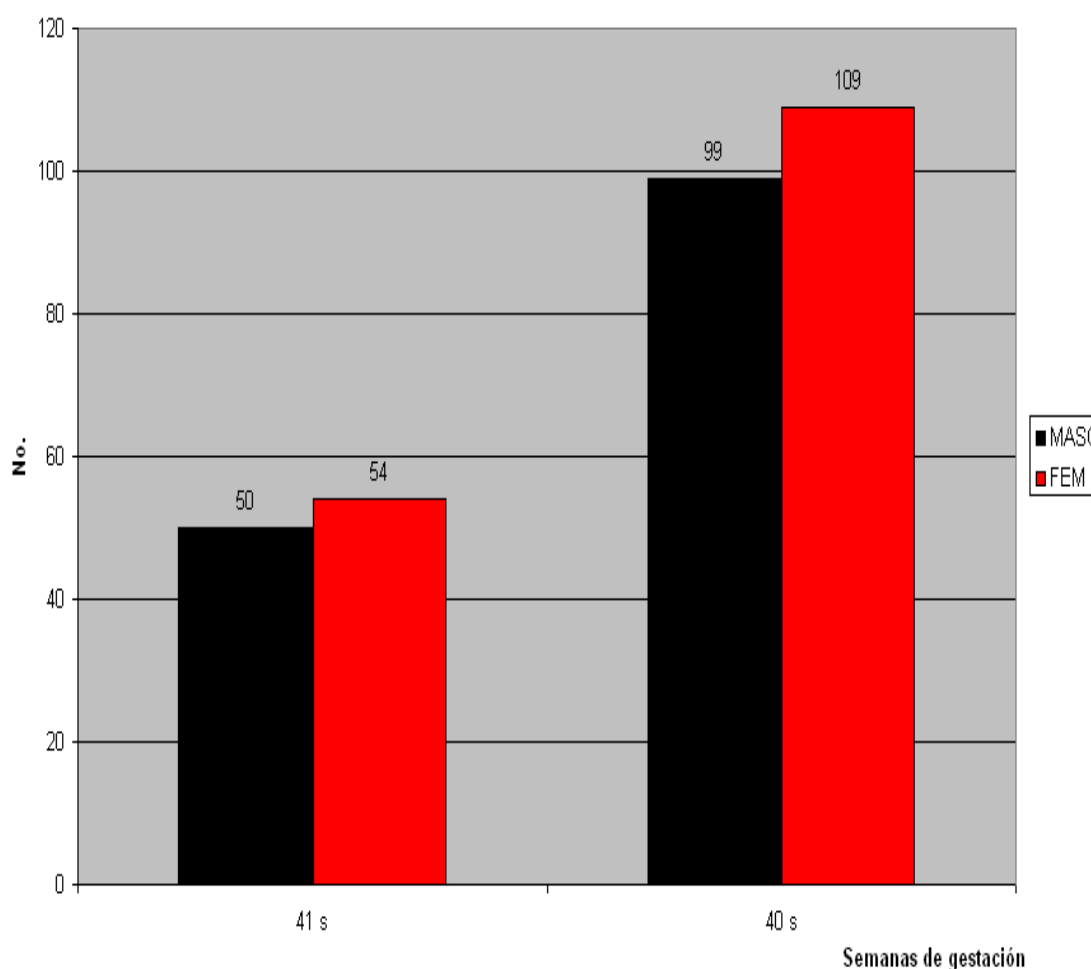
GESTAS	CASOS		CONTROLES	
	No.	%	No.	%
1	38	37	91	44
>1	66	63	117	56
TOTAL	104	100	208	100

Fuente-Archivo Clínico Hospital Materno Infantil Inguarán 2013-2014.

Se obtuvo un Odds Ratio de 0.74 (0.44 OR 1.24).

En el grupo de casos se encontró que 50 pacientes tuvieron nacimientos de productos masculinos (48%) mientras que 54 fueron femeninos (52%). Por su parte en el grupo de los controles predominó también la presencia de productos del sexo femenino sobre el masculino. Fig.7.

Fig.7 Sexo de productos de pacientes con embarazo de 41 semanas o más vs pacientes de 40 o menos



Fuente-Archivo Clínico del Hospital Materno Infantil Inguarán 2013-2014.

Se determinó el riesgo que representa la presencia de un embarazo con feto masculino para que un embarazo sobrepase las 40 semanas obteniéndose un Odds Ratio 1.02 (0.62 OR 1.68).

4. DISCUSIÓN

Existen pocos estudios en donde se corrobore la obesidad como factor de riesgo sin embargo en nuestro estudio se encontró que efectivamente la obesidad, pero sobre todo el sobrepeso en la paciente embarazada si predispone a un embarazo prolongado,

Hasta el momento la edad como predictor para embarazo de más de 41 semanas en múltiples estudios es dudosa, al igual que en el estudio llevado a cabo por nosotros en donde la edad no influyó para sobrepasar las 40 semanas de gestación.

El resto de los factores de riesgo tales como ingesta de AINES durante el embarazo, antecedentes de embarazo prolongado en familiares y la primigravidez no parecen influir negativamente sobre la gestación, aunque para esta última la literatura médica revisada reporta un riesgo relativo de 1.06.

Es importante mencionar que durante el estudio no se registraron pacientes con patología sistémica (hipotiroidismo) ni con antecedentes familiares o personales de embarazo prolongado aunque es bien conocido que éste último aumenta la probabilidad de recurrencia hasta en un 50%.

5. CONCLUSIONES

El embarazo prolongado no es una enfermedad, pero incrementa la morbimortalidad fetal y el índice de cesáreas.

- ❖ Se corroboró que la obesidad pero sobre todo el sobrepeso si son factores condicionantes para que el embarazo se prolongue a 41 semanas o más
- ❖ La gran multiparidad aumenta la probabilidad de un embarazo prolongado.
- ❖ Cabe mencionar que la mayoría de nuestra población tienen un nivel socioeconómico bajo, que tal y como lo menciona la literatura médica predispone a ésta condición, básicamente por el desconocimiento de una fecha de menstruación confiable, la falta de recursos económicos para estudios de gabinete en etapa precoz o para iniciar un control prenatal adecuado, detectando así problemas de salud maternos o fetales de manera precoz y a lo largo del embarazo.
- ❖ La presencia de feto masculino parece ser un factor de riesgo en nuestra población a pesar de que durante la recolección de datos predominaron los productos con sexo femenino (OR de 1.02).
- ❖ La edad materna avanzada no es un factor de riesgo para embarazo prolongado en nuestra población, el grupo de edad en donde hubo mayor incidencia fue en el de 16 a 24 años de edad.
- ❖ La paciente primigrávida no parece tener riesgo.
- ❖ Por su parte la ingesta de AINEs durante el embarazo no parece ser relevante aunque conociendo la importancia de las prostaglandinas para desencadenar o seguir un trabajo de parto debemos emplear estos fármacos con cautela durante la gestación.
- ❖ En cuanto al antecedente personal de embarazo prolongado en nuestras pacientes, no parece afectar de manera importante la duración del periodo grávido, sin embargo existe literatura actual que refiere un 50% probabilidades de recurrencia si está presente.

- ❖ Las malformaciones fetales/neonatales como es conocido tienen gran relevancia en el embarazo prolongado, enfatizando en la anencefalia. Afortunadamente durante el estudio no se presentó ningún caso, solo casos de malformaciones menores sin importancia para la condición en estudio.

6. RECOMENDACIONES

Por lo anterior es indispensable que la paciente embarazada en etapa temprana acuda con un facultativo para iniciar el control antenatal, llevando a cabo anamnesis detallada en todos sus apartados (haciendo hincapié en antecedentes hereditarios y ginecológicos-obstétricos), solicitando paraclínicos (bioquímicos o de gabinete) necesarios para la detección de patología materna y/o fetal y así efectuar el diagnóstico prenatal oportuno.

Una parte imprescindible durante control del embarazo es vigilar la ganancia de peso total (de 9 a 12kg), evitando con esto la ganancia ponderal excesiva, dando más importancia a esto cuando la paciente tiene ya $IMC >25\text{kg}/\text{m}^2$ pregestacional.

Es fundamental prescribir medicamentos tipo AINEs a la mujer gestante solo en caso necesario, con fundamento clínico y bioquímico/microbiológico, valorando además riesgo/beneficio.

Sería de mucha utilidad emplear en toda mujer gestante una herramienta que contenga todas las variables que pueden incrementar por sí mismas el riesgo para presentar un embarazo prolongado y así tener la capacidad de predecirlo y realizar acciones encaminadas a mejorar el pronóstico del binomio.

Es recomendable que la paciente grávida con antecedente de más de 5 gestas, con sobrepeso u obesidad y con feto masculino se vigile estrechamente en la consulta de Obstetricia y de ser posible valorar inducción del trabajo de parto o en su defecto interrumpir el embarazo por vía abdominal antes de cumplir 41 semanas, preferentemente a las 40, evitando así complicaciones maternas y/o fetales, por ejemplo: hemorragia obstétrica por trabajo de parto no progresivo o pérdida de bienestar fetal y todo lo demás que esto implica.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Falcone A. Embarazo en vía de prolongación y cronológicamente prolongado en el Hospital "Dr José R. Vidal" en el año 2013. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina* 2013; 215:6-11.
2. Guzmán Cabañas JM. Embarazo prolongado. RN postmaduro. *Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la AEP: Neonatología* 2008:91-100.
3. Amador de Varona CI. Comportamiento del embarazo postérmino en nuestro medio. 2008.
4. Arenas Gamboa J. Embarazo Prolongado. *Obstetricia integral Siglo XXI* 2008:223-240.
5. De la Calle FM M y cols. Sobrepeso y obesidad pregestacional como factor de riesgo de cesárea y complicaciones perinatales. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2009; 74(4):233-238.
6. Corrales Gutiérrez A. Resultados perinatales de la conducta expectante en el manejo del embarazo prolongado 2009: 1-10.
7. Guía de Práctica Clínica Hospital Miguel Sardá 2011:1-24.
8. Martell A. Embarazo cronológicamente prolongado 2010:334-341.
9. López Suárez JC. Acupuntura, una alternativa para el inicio del trabajo de parto en gestantes con embarazo prolongado. *MEDICIEGO* 2013; 19(2):1-7.
10. Chavarry Valencia FM. Perfil del embarazo prolongado en pacientes de un hospital general. *Rev Med Hered* 2009; 20(4):200-205.
11. Hernández Parra TG. Conceptos básicos del embarazo prolongado: una revisión. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana* 2005;5(2):21-27.
12. Reid SM. Interventions for clinical and subclinical hypothyroidism pre-pregnancy and during pregnancy (Review). *The Cochrane Collaboration* 2013, Issue 5.
13. Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios. *Ibuprofeno* 2011:1-11.

14. López Suárez JC. Acupuntura, una alternativa para el inicio del trabajo de parto en gestantes con embarazo prolongado. MEDICIEGO 2013;19(2):1-7.
15. Sardinias Barrios N. Repercusión de la obesidad en la morbilidad obstétrica. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2010; 36(1):9-15.