



11217
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PETRÓLEOS MEXICANOS
GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS
HOSPITAL CENTRAL NORTE

**RELACION DE FACTORES PRONOSTICOS PARA LA
RESOLUCION DEL EMBARAZO EN VIAS
DE PROLONGACION**

TESIS DE POSGRADO QUE PARA OBTENER
EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA
DR. YOATZIN RODRÍGUEZ HIGUERA

DIRECTOR DEL PROYECTO
DR. JORGE ZEPEDA ZARAGOZA

ASESORES
DR. ROBERTO LONDAIZ GÓMEZ
DR. ISMAEL MADRIGAL GARCÍA
DRA. MARTHA LAURA CRUZ ISLAS



MEXICO, D.F.

SEPTIEMBRE DE 2004

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

AUTORIDADES

DR. ESTEBAN ELOY BAZ
DIRECTOR HOSPITAL CENTRAL NORTE

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ADOLFO ESQUIVEL VILLALOBOS
SUBDIRECTOR HOSPITAL CENTRAL NORTE

DR. ROBERTO LANDAIZ GOMEZ
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL CENTRAL NORTE

DR. JORGE ZEPEDA ZARAGOZA
JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL CENTRAL NORTE



INDICE

	Página
1.- Introducción.....	10
Marco teórico.....	10
3.- Planteamiento del problema.....	17
4.- Justificación.....	18
5.- Hipótesis	19
Generales.....	19
Alternativa.....	19
6.- Objetivos	20
General.....	20
Específicos.....	20
7.- Material y método	22
Universo.....	22
Tipo de estudio.....	22
8.- Variables	23

9.- Selección de muestra	25
Tamaño de muestra.....	25
Criterios de inclusión.....	25
Criterios de exclusión.....	25
10.- Procedimiento.....	26
11.- Recursos.....	28
12.- Cronograma de actividades.....	29
12.- Aspectos éticos del estudio	30
13.- Resultados.....	31
14.- Discusión.....	36
14.- Conclusiones.....	38
17.- Referencias bibliográficas.....	40
18.- Anexo.....	42

TITULO

RELACION DE FACTORES PRONOSTICOS PARA LA RESOLUCION DEL
EMBARAZO EN VIAS DE PROLONGACIÓN

AUTOR:

DR. YOATZIN RODRIGUEZ HIGUERA
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TUTOR:

DR. JORGE ZEPEDA ZARAGOZA

ASESORES:

DR. ROBERTO LONDAIZ GOMEZ
DR. ISMAEL MADRIGAL GARCIA
DRA. MARTHA LAURA CRUZ ISLAS

DEDICATORIA

A mi esposa:

Porque tu amor siempre ha sido el principal factor que me ha impulsado y motivado a conseguir mis metas. Que ésta etapa que estamos iniciando, sea llena de dicha y que fortalezca los lazos que nos unen. Te amo corazón.

A mis padres:

Sabiendo que no existirá una manera de cómo compensar toda una vida llena de sacrificios, quiero que sepan que éste logro también es suyo, y que el camino que he seguido hasta éste momento ha sido a través de su ejemplo. Con cariño y agradecimiento por siempre

AGRADECIMIENTOS

A mi Alma Mater:

Porque gracias a ella me encuentro dando este gran paso y me ha permitido terminar lo que será el inicio del resto de mi vida profesional.

A Petróleos Mexicanos:

Porque en ella encontré mi segundo hogar y me otorgó todo lo necesario para que, con calidad, pueda servir a mis pacientes. Tu escudo lo llevaré por siempre en mi corazón. Mil gracias.

Un profundo agradecimiento a mi maestro, Dr. Jorge Zepeda Zaragoza, por haber creído en mí y haberme dado la oportunidad de pertenecer a éste gran equipo.

Gracias maestro por sus consejos y su paciencia, y por haberme mostrado el camino donde se forjan los hombres, por haberme enseñado la manera de fabricar las armas necesarias para recibir cualquier adversidad. Con un gran respeto, admiración y cariño.

Al Dr. Ismael Madrigal García:

Mil gracias maestro por haber estado presente, principalmente en aquellos momentos donde sentía que la fuerza me abandonaba, por sus consejos, y por aquella regla básica que siempre recordaré;
"primero el numero uno, luego el dos y luego el tres".

Al Dr. Edgardo Bustillos Alamilla:

Gracias de sobremanera maestro, por compartir su amistad y su capacidad de análisis con un servidor, por enseñarme que existen mil cosas mas aparte de la medicina por las que vale la pena luchar cada segundo de la vida.

Al Dr. Joel Castro Melgarejo:

Gracias maestro, por su confianza, compañía, sus inigualables anécdotas y por aquellas mañanas sabatinas para degustar aquel "rojo, dorado, escurrido no escupido".

Al Dr. Roberto Londaiz Gómez:

Mil gracias maestro, por haber creído en mí, por su confianza, por su paciencia y por cada uno de aquellos consejos que siempre llevaré conmigo.

A cada uno de mis compañeros residentes:

Rafa (canijillo), Efrén (güero), Meño, Dan, Kar, Kari, Guille (güera), Lemon, Joel, Ilito;

Gracias grupo de hermanos míos, mil cosas me llevo de tí, la influencia que en mí tuviste, siempre de manera positiva, la llevaré conmigo en el alma a cada momento

(digo hermanos, porque a los amigos los escoge uno).

A mis pacientes:

Porque tuve el privilegio de contar con el mejor libro abierto, mil gracias Dios por haberme permitido estar presente en todos esos momentos, para que, a través del conocimiento impartido por mis maestros, haya tenido la oportunidad de dar esperanza, se haya resuelto un problema, haya contado con la bendición de ayudar a traer a un nuevo ser a este mundo. Sus palabras, su mirada y su sonrisa son el mejor pago que puedes darme.

Gracias señor por posar tu mano en mi hombro y sonreírme

ANTECEDENTES:

INTRODUCCION:

MARCO TEÓRICO

Se define como embarazo prolongado o postérmino a aquel que se extiende más allá de las 42 semanas de amenorrea o 294 días. Su incidencia varía entre el 5 y 8% de los partos, y es considerado de alto riesgo por condicionar una mayor morbimortalidad perinatal. ⁽¹⁾

Se ha utilizado el término de embarazo en vías de prolongación para referirse a aquellas gestaciones entre las 41 y 42 semanas de amenorrea.

ETIOLOGIA

La etiología del embarazo prolongado no ha sido dilucidada. Sin embargo, factores hormonales, mecánicos y fetales han sido relacionados con su génesis.

- 1.- Factor hormonal, como la disminución de la producción de estrógenos y progesterona, que alteran el determinismo del parto.
- 2.- Factor mecánico, como la disminución del volumen uterino, que impide o retrasa el inicio del trabajo de parto.
- 3.- Factor fetal, dado que fetos anencefálicos tienden a prolongar su gestación, lo que se explica por los bajos niveles de cortisol, secundario a la insuficiencia suprarrenal provocada por la ausencia de hipófisis. ⁽²⁾

CARACTERISTICAS PLACENTARIAS

La máxima función placentaria se alcanza alrededor de las 36 semanas de gestación. Posteriormente, el proceso de transferencia placentaria declina en forma gradual y puede manifestarse en una disminución de la cantidad de líquido amniótico, reducción de la masa placentaria y/o en un retardo o cese del crecimiento fetal. Restricción en el crecimiento intrauterino, se observa en 20% de los casos, mientras que en el 80% restante, los recién nacidos son de peso adecuado o grande para la edad gestacional.

En la placenta postérmino asociada con dismadurez del recién nacido, se observa disminución de la masa placentaria, aumento de los infartos blancos y mayor depósito de fibrina y calcificaciones. La vellosidad corial demuestra ausencia de fenómenos regenerativos, edema sincicial y trombosis arterial con hialinización y degeneración.

RIESGOS PERINATALES

La mortalidad fetal aumenta después de las 42 semanas y se duplica a las 43 semanas. Aproximadamente un tercio de las muertes se deben a asfixia intrauterina por insuficiencia placentaria, contribuyendo además, la mayor incidencia de malformaciones, especialmente del sistema nervioso central. A la asfixia perinatal contribuyen, además, la compresión del cordón umbilical y el síndrome de aspiración meconial.

La restricción del crecimiento y la macrosomía fetal son condiciones que se

observan con mayor frecuencia en el embarazo en vías de prolongación y prolongado. La macrosomía constituye factor de riesgo para traumatismo obstétrico (fractura de clavícula, parálisis braquial, céfalo hematoma). Otros riesgos son la dificultad para regular la temperatura y complicaciones metabólicas como hipoglucemia y policitemia. El 20 a 25% de los recién nacidos postérmino concentra el alto riesgo perinatal.⁽³⁾

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de embarazo en vías de prolongación y prolongado está basado en el conocimiento exacto de la edad gestacional. Esta es determinada por la amenorrea calculada desde el primer día del último período menstrual, cuando es segura y confiable, y/o por examen ultrasonográfico practicado antes de las 20 semanas de amenorrea.⁽⁴⁾⁽⁵⁾

MANEJO

La norma de manejo se utilizará en embarazos de evolución fisiológica, descartándose su aplicación cuando exista otro factor de riesgo obstétrico.

Toda paciente que entre a éste estudio será hospitalizada y se realizarán métodos de evaluación de la condición fetal: se iniciará a las 41 semanas y se realizará mediante los siguientes métodos:

- Registro tococardiográfico (prueba sin estrés)
- Amnioscopía para visualizar el líquido amniótico.
- Ultrasonografía para evaluar la cantidad de líquido amniótico.

Se considera oligohidramnios a la presencia de pool de líquido amniótico menores de dos centímetros en un solo cuadrante (parámetro de Chamberlain), medidos con el transductor en sentido vertical o índice de Phelan igual o menor de cinco como suma de los cuatro cuadrantes (algunos autores lo consideran normal incluso hasta ocho).

Evaluación de las condiciones cervicales: estandarizadas por el índice de Bishop.

Con una prueba sin estrés reactiva, líquido amniótico en cantidad normal y de aspecto claro a la amnioscopía, y condiciones cervicales desfavorables (Bishop <7), se continuará con la gestación, repitiendo igual evaluación a las 72 horas, que al resultar normal permitirá la prolongación del embarazo hasta las 42 semanas.

Una prueba sin estrés no reactiva debe ser seguida por una prueba de tolerancia a la Oxitocina que, al ser negativo, permitirá proseguir con la gestación hasta la siguiente evaluación a las 72 horas.

La interrupción del embarazo se practicará frente a cualquiera de las siguientes condiciones:

- Prueba de tolerancia a la oxitocina positiva
- Visualización de meconio a la amnioscopía

- Oligohidramnios
- Condiciones obstétricas favorables (Bishop > 7).

Completadas las 42 semanas de amenorrea la conducta es la interrupción del embarazo.

En pacientes con condiciones obstétricas desfavorables, se efectúa inducción oxitócica monitorizada, hasta en tres días sucesivos, si la condición fetal es normal.

Si la indicación de interrupción es oligohidramnios, el parto debe resolverse en el primer día de inducción.

Ante un compromiso fetal evidente y cérvix desfavorable, se practica operación cesárea. ⁽⁶⁾

PARTO DEL FETO POSTERMINO

El manejo del trabajo de parto del feto de postérmino debe ser estrictamente monitorizado, considerando el mayor riesgo de asfixia y la mayor frecuencia de meconio en el líquido amniótico.

Se efectúa monitorización electrónica continua de la frecuencia cardíaca fetal para pesquisar precozmente signos que sugieran asfixia. Es frecuente observar desaceleraciones de tipo variable debido a la compresión del cordón umbilical secundario al oligohidramnios.

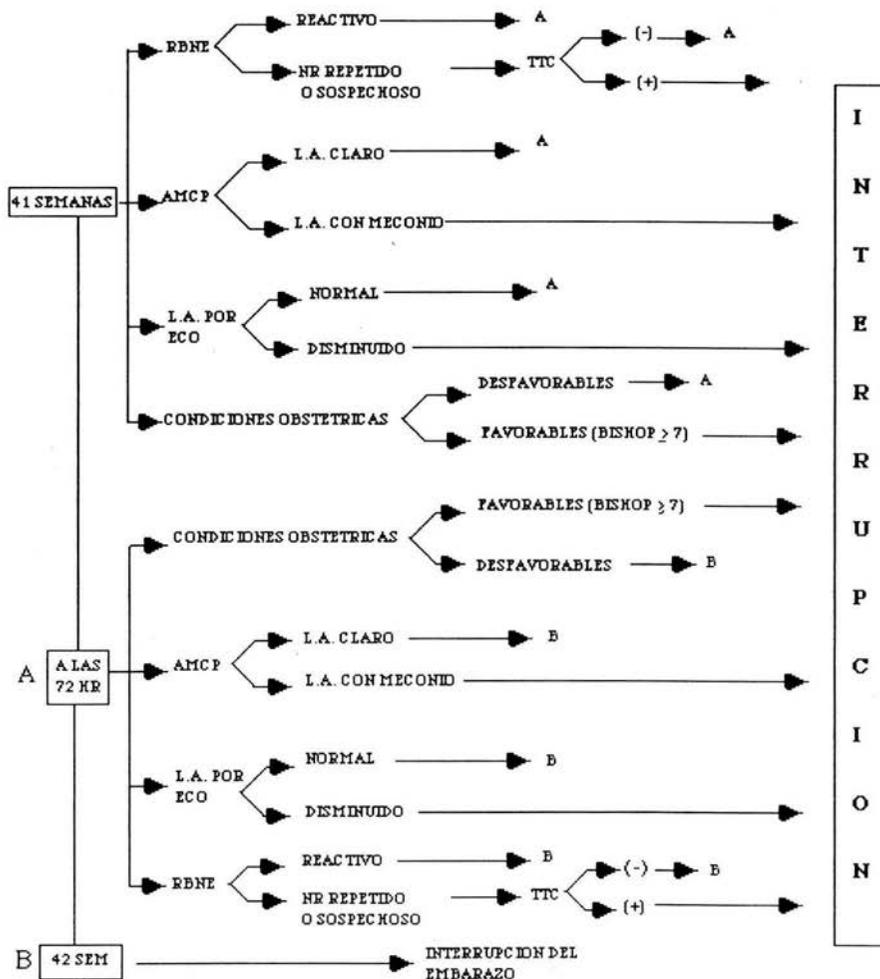
La presencia de meconio con monitorización normal no implica la necesidad de extracción inmediata del feto, pero obliga a mantener una vigilancia estrecha y a adoptar medidas necesarias para la aspiración laringotraqueal, una vez

producido el parto.

Quien asista el parto debe estar capacitado para prevenir y solucionar complicaciones derivadas de la macrosomía tales como la retención de hombros.

Es fundamental que la resolución del parto de una paciente con embarazo prolongado ocurra en un centro en el que exista una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. ⁽⁷⁾⁽⁸⁾.

ESQUEMA PROTOCOLO DE MANEJO DEL EMBARAZO EN VIAS DE PROLONGACION Y PROLONGADO



RBNE: PRUEBA SIN ESTRÉS
 NR : NO REACTIVO
 TTC : PRUEBA DE TOLERANCIA A LAOXITOCINA
 AMCP : AMNIOSCOPIA
 LA : LIQUIDO AMNIOTICO
 ECO : ECOGRAFIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

GENERAL:

¿Cuáles fueron los resultados del manejo que se implementó en pacientes con embarazo en vías de prolongación, en el Hospital Central Norte PEMEX, en el período comprendido de enero del 2000 a junio del 2004?

Esta entidad es causa de mayor incidencia de morbilidad perinatal.

En el Hospital Central Norte de PEMEX se obtuvieron un total de 1553 nacidos vivos en el período de enero del 2000 a junio del 2004. El 10.1 % ingresaron al protocolo de embarazo en vías de prolongación.

JUSTIFICACION

La etiología del embarazo prolongado no ha sido dilucidada, y su presentación representa un incremento en la morbimortalidad materno fetal.

La hospitalización de las gestantes con embarazo en vías de prolongación implica un incremento en el estrés de la paciente, así como cambios importantes en la dinámica familiar. Ambos elementos representan un decremento en la productividad del núcleo familiar.

El mantenimiento de la paciente en protocolo de embarazo en vías de prolongación representa un costo considerable a nivel hospitalario, por lo que es importante conocer todos los elementos relacionados para establecer la posibilidad de disminuir su estancia intrahospitalaria sin mermar la calidad de la atención otorgada.

Se conocen factores relacionados en la génesis del embarazo prolongado, sin embargo, hasta el momento, es imposible determinar cual será el desenlace en una paciente internada con éste diagnóstico; por tal motivo, es importante realizar un análisis acerca de los resultados que se han obtenido del manejo del protocolo que se lleva a cabo en pacientes con un embarazo en vías de prolongación, considerando éste como igual o mayor de 41 semanas de gestación por fecha de última menstruación confiable.

HIPOTESIS

HIPOTESIS GENERALES:

El contar con un adecuado protocolo para el embarazo en vías de prolongación, contribuye a la resolución del embarazo por parto.

HIPOTESIS ALTERNA O NULA:

Aun cuando se cuente con un adecuado protocolo de embarazo en vías de prolongación, no se puede influir para que contribuya a la resolución del embarazo por parto.

OBJETIVOS

GENERAL:

1. Estudiar los factores relacionados en la resolución de los embarazos de 41 semanas o más y analizar los resultados obtenidos en pacientes sometidas al protocolo de embarazo en vías de prolongación, de enero del año 2000 a junio del 2004.

ESPECIFICOS:

1. Recolectar expedientes clínicos de pacientes que fueron sometidas a protocolo de embarazo en vías de prolongación
2. Determinar la frecuencia de los factores presentes en el embarazo en vías de prolongación..

3. Comparar el porcentaje de productos que se internaron a la U.C.I.N. que nacieron por parto Vs, nacidos por cesárea, en pacientes con embarazo en vías de prolongación.

4. Determinar la frecuencia de parto o cesárea en pacientes sometidas al protocolo de embarazo en vías de prolongación.

MATERIAL Y METODOS

UNIVERSO:

Todas las embarazadas derechohabientes de Petróleos Mexicanos que llegaron a las 41 semanas de gestación con productos vivos en el período de enero del 2000 a junio del 2004.

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo

VARIABLES

FACTORES RELACIONADOS:

CUALITATIVAS:

1. ESTADO NUTRICIONAL
2. ESTADO CIVIL: (soltera, casada)
3. OCUPACION: (texto libre)
4. TABAQUISMO:
5. GRUPO SANGUÍNEO:
6. PATOLOGIAS CRONICAS:
7. CIRUGIAS:
8. CONTROL DE LA FERTILIDAD: (hormonales, DIU)
9. AMENAZA DE ABORTO
10. AMENAZA DE PARTO PRETERMINO
11. INFECCIONES:
12. MEDICAMENTOS:
13. RESOLUCION DEL EMBARAZO:
14. TRABAJO DE PARTO: (si, no)
15. TIPO DE PARTO:
16. TIPO DE CESAREA:
17. TIPO DE ANESTESIA
18. EVALUACION AL NACIMIENTO
19. PATOLOGIAS DEL PRODUCTO:
20. COMPLICACIONES EN EL PRODUCTO:

CUANTITATIVAS:

1. EDAD:
2. NIVEL EDUCACIONAL: (en años)
3. MENARCA:
4. RITMO:
5. NUMERO DE GESTAS:
6. ABORTOS
7. PARTOS
8. CESAREAS
9. NUMERO DE HIJOS VIVOS:
10. PESO DE LOS PRODUCTOS
11. FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION Y PROBABLE DE PARTO
12. CONTROL PRENATAL: (número de consultas)
13. DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA:
14. DIAS DE POSTOPERATORIO INTRAHOSPITALARIA
15. EDAD GESTACIONAL (EVALUADA AL NACIMIENTO):
16. PESO AL NACER:

RESOLUCION DEL EMBARAZO

1. Parto
2. Cesárea

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

De un total de 1553 embarazadas, se seleccionaron para éste estudio 157 pacientes, las cuales contaban con embarazos de 41 semanas o más

CRITERIOS DE INCLUSION:

1. Pacientes con embarazo igual o mayor de 41 SDG por fecha de última menstruación confiable.
2. Derechohabientes de Petróleos Mexicanos.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. Embarazadas con fecha de última menstruación no confiable.
2. Pacientes con embarazo múltiple
3. Embarazos con presentación diferente a la cefálica
4. Sufrimiento fetal crónico
5. Pacientes con desproporción cefalopélvica evaluado previamente al ingreso
6. Antecedente de 2 o mas cesáreas.

PROCEDIMIENTO

1. REGISTRO DE PROTOCOLO:

Autorización de las autoridades del hospital central norte, se realiza manejo habitual para el embarazo en vías de prolongación.

2. INVESTIGADORES:

Es responsabilidad del autor la recolección de los datos y el reporte confiable de los resultados, así como evidenciar el análisis de los factores estudiados

3. RECLUTAMIENTO DE EXPEDIENTES

El archivo clínico permite aplicar los criterios de inclusión y exclusión a todos los casos estudiados

4. RESGISTRO Y MANEJO DE LOS DATOS

Todos los datos requeridos para éste protocolo serán registrados en una hoja de captación de datos. No se dejarán espacios en blanco. En caso contrario se eliminará el caso para éste estudio

5. ANALISIS ESTADISTICO

Se realizarán frecuencias para las variables cualitativas, media y desviación estándar para las variables cuantitativas, además de Chi cuadrada para determinar la diferencia en pacientes que requirieron manejo en UCIN y para la diferencia de resolución del embarazo.

RECURSOS

1. HUMANOS

- Autor
- Director del proyecto
- Asesores

2. MATERIALES

- Libreta de registro de cirugías realizadas
- Consecutivo de nacimientos
- Libreta de registro de alojamiento conjunto
- Libreta de registro de ingresos de la UCIN
- Expedientes clínicos

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

1. Elaboración y autorización del estudio en marzo del 2004
2. Revisión de expedientes clínicos en abril y mayo del 2004
3. Recolección de datos en formato correspondiente en junio y julio del 2004
4. Análisis de resultados en agosto del 2004
5. Elaboración de reporte final en septiembre del 2004

ASPECTOS ETICOS DEL ESTUDIO

Dado que éste estudio se realizó de manera retrospectiva mediante la captación de datos en archivos, no hubo necesidad de requerir de la autorización de pacientes, sin embargo, cabe mencionar que, como parte de un proceso de atención, a toda paciente que ingresa a éste centro hospitalario, se le realiza un consentimiento informado.

1. Consentimiento Informado

- 1.1. A las pacientes se les informa que cumpliendo la semana 41 de gestación, se hospitalizarán; no por presentar patología alguna, sino para vigilancia obstétrica estrecha, donde se realizará, pruebas de bienestar fetal y ultrasonido obstétrico.
- 1.2. se menciona la posibilidad de que en cualquier momento se pueden presentar situaciones que pongan en riesgo el binomio, que ameriten la interrupción del embarazo de urgencia por vía cesárea, con las consecuencias que ello puede acarrear; como hemorragias, infecciones, daño a otros órganos como intestino, vejiga y/o uréteres. Situaciones que ponen en riesgo la vida de la madre y/o del producto.
- 1.3. todas la pacientes y familiares se encuentran enterados y de acuerdo al plan para llevar a cabo éste protocolo

RESULTADOS

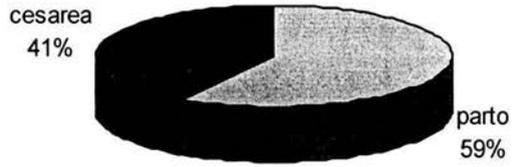
Dentro de los resultados cuantitativos, se observó que la edad promedio fue de 29.21 años (desv. est. 5.2), con escolaridad promedio de bachillerato (desv. est. 3.4). Los estancia intrahospitalaria promedio fueron de 3.58 días (desv. est. 2.1), mientras que en las postoperadas se agregó 1.37 días (desv. est. 1.71). Las semanas de gestación promedio de resolución fue de 41.21 (desv. est. 0.24) y el peso promedio de los productos fue de 3392.03 (desv. est. 424.96).



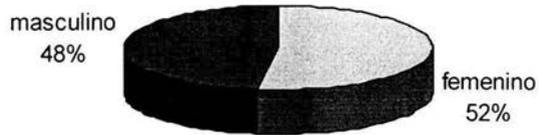


Dentro de los resultados, se observaron 153 casadas (97.5%) y solo 4 solteras en el estudio (2.5%), 117 pacientes (74.5%) se dedicaban al hogar mientras que 40 tenían algún tipo de trabajo (25.5%). De las 157 pacientes, 92 (58.6%) casos fueron partos y 65 (41.4%) fueron cesárea. Las causas de cesárea fueron: estado no asegurables de los productos en 29 casos, bishop desfavorable en 18 casos, desproporción cefalopélvica en 16 casos, hipertensión arterial gestacional en 1 caso y miastenia gravis en 1 caso.

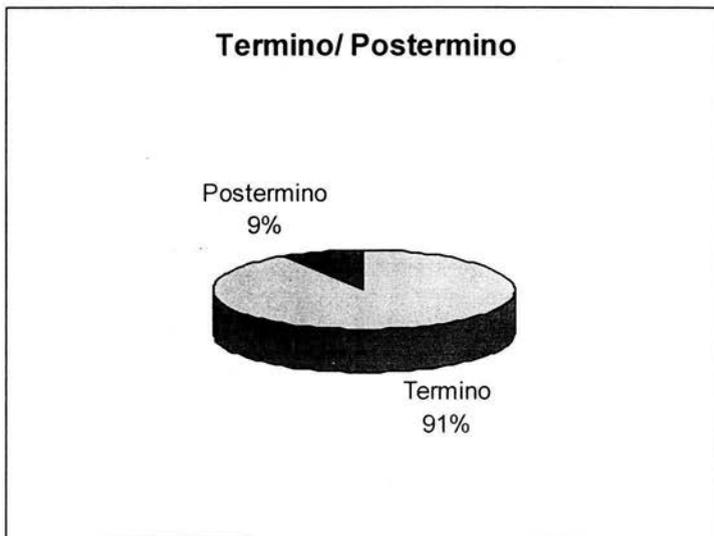
Resolución del Embarazo



Sexo



Se encontró también que de las 65 cesáreas realizadas 29 pacientes tenían el antecedente de cesárea previa mientras que 36 no lo tenían. Comparado con las 92 pacientes que se resolvieron por parto, 77 pacientes no tenían antecedente de cesárea y 15 sí. De los 157 nacimientos, 82 productos (52.2%) fueron del sexo femenino y 75 masculino (47.8%). 143 productos fueron catalogados como de término (91.1%) por capurro y 14 con datos de postmadurez (8.9%)(12 con clifford I y 2 con clifford 2). Se observó también que de los 92 partos 3 productos se internaron a la U.C.I.N, 2 por aspiración de meconio y 1 por asfixia leve mientras que de las 65 cesáreas 7 se internaron a la U.C.I.N; 2 para observación por datos de postmadurez, 2 por aspiración de meconio y 3 por asfixia leve.



Faltan páginas

N° 35

DISCUSION

Se ha mencionado, que la génesis del embarazo prolongado no ha sido dilucidada, pero ciertos factores como hormonales, mecánicos y/o fetales pueden influir en la aparición de ésta entidad.

Es importante mencionar, que la población de pacientes derechohabientes de PEMEX, cuenta con un mejor estado socioeconómico y nutricional comparado con la población observada en otras instituciones. Esta estabilidad económica condiciona que gran porcentaje de la población estudiada para ésta tesis no tenga la necesidad de laborar para el sustento de la familia, por lo que la actividad realizada durante la gestación es limitada, factor que pudiese participar como coadyuvante para la prolongación del embarazo.

Uno de los elementos que puede eliminar éste probable factor, es la apertura del curso psicoprofiláctico que actualmente se lleva a cabo en el Hospital central Norte de PEMEX.

Es prioritario mencionar, que la infraestructura con que cuenta el Hospital Central Norte de PEMEX, permite una vigilancia estrecha en aquellas pacientes con embarazos en vías de prolongación, es decir, en pacientes que aún cuentan

con un embarazo de término, ya que, dicho sea de paso, el embarazo prolongado o posttérmino, es aquel que llega a las 42 semanas.

Este punto es importante, porque se previene mediante vigilancia estrecha, a diferencia de otras instituciones, el aumento de morbimortalidad en el producto, identificando oportunamente factores que pongan en riesgo al binomio.

CONCLUSIONES

Se confirma la hipótesis planteada, ya que el 58.6% de los casos estudiados se resolvieron por vía vaginal. Este porcentaje podría ser modificado aún más a favor de nuestra hipótesis, mediante los ejercicios programados implementados en el curso psicoprofiláctico de reciente creación, complementados con los recomendados en la consulta de control prenatal.

Cabe mencionar, que el estado civil y las actividades relacionadas con la ocupación, son parámetros importantes para la génesis de ésta entidad, aparte de los múltiples factores que menciona la literatura. Esto puede estar condicionado por el stress con que no cuentan éstas pacientes comparados con aquellas que están sometidas al ritmo laboral.

Observamos que solo el 8.9% mostraba datos de postmadurez y 2 de los 14 productos que fueron evaluados con Clifford, ingresaron a la U.C.I.N. para observación. No hubo muertes ni complicaciones maternas relacionadas con el embarazo en vías de prolongación en el grupo de pacientes estudiadas.

Por tal motivo, éste trabajo, nos revela que la prevención utilizada para el manejo de pacientes con embarazos en vías de prolongación, disminuye riesgos y complicaciones en el producto, ya que, de no haberse hospitalizado, como lo marca el protocolo, probablemente no se hubieran identificado éstos 14

casos de postmadurez y los 2 productos que ingresaron a la U.C.I.N. solo para observación, posiblemente hubieran tenido una evolución diferente, si no es que fatal.

La validez de éste estudio, lo podemos corroborar con la incidencia a nivel nacional de 5 a 8 % de embarazos prolongados, mientras que con los resultados obtenidos en la presente tesis, podemos observar que de 1553 pacientes, se observaron solo 14 productos con datos de postmadurez , lo que equivale a un 0.9%. debido a que a éstas embarazadas, por el protocolo ya descrito, no se dejan continuar mas allá de las 42 semanas.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Bochner, C.J.; Williams, J.; Castro, L. et al.: The efficacy of starting post-term antenatal testing at 41 weeks as compared with 42 weeks of gestational age. Am. J. Obstet. Gynecol, 159:550-54, 1988.

2.- Clark, S.L.: Intrapartum management of the postdate patient. Clin. Obstet. Gynecol. 32:278-286, 1989.

3.- Donoso, E.; Pérez, A.: Embarazo prolongado. En: Pérez, A. y Donoso, E. Ed.: Obstetricia. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Santiago, 506-510, 1992.

4.- Espinoza, R.: Edad gestacional y embarazo en vías de prolongación. Boletín Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica. Vol. 22 (2):131-134, 1993.

5.- Espinoza, R.; Mardones, P.; Donoso, E.: Embarazo Prolongado: Condiciona alto riesgo perinatal? XXIII Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología. Santiago, Chile. Libro de Contribuciones. Noviembre de 1989.

6.- Usher, R.H.; Boyd, M.E.; McLean, E.H.; Kramer, H.S.: Assessment of fetal risk in postdate pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol. 158:259-263, 1988.

7.- Corrales G.A. ; Carrillo G.T.; Vega C.m.; Montalvan C.J: Resultados de la atención al embarazo de más de 43 semanas. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002;28(3)

8.- Corrales G.A. ; Carrillo G.T.; Problemática actual del embarazo prolongado: esperar o inducir. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002;28(3):

9.- Peter W. Callen; Ecografía obstetricia y ginecología ed. Panamericana, 2002

10.- Carol Rumack, Diagnóstico por ecografía, ed. Marban, 2004

11.- Carlos J. Reynas, Ultrasonografía en obstetricia, ed. Interamericana, 1992

ANEXO

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
EDAD	157	16	41	29,21	5,21
ESCOL	157	6	21	13,54	3,44
GESTA	157	1	5	2,25	1,11
PARTOS	157	0	4	,62	,90
CESAREAS	157	0	2	,29	,47
ABORTOS	157	0	2	,34	,59
PESO1	157	0	4400	2143,54	1587,77
DIAS_EST	157	1	13	,58	2,10
DIA_POOP	157	0	12	1,37	1,71
SEM_GEST	157	41,0	42,0	41,219	,244
PESO_ACT	157	2200	4400	3392,03	424,96
APGAR	157	2,6	9,9	8,620	1,041
clifford	157	0	2	,10	,34
Valid N (listwise)	157				

Statistics

		estado civil	ocupacion	parto/cesarea	sexo	termino/postermino	alojconj/ucin
N	Valid	157	157	157	157	157	157
	Missing	26	26	26	26	26	26

estado civil

		Frecuenc y	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	soltero	4	2,2	2,5	2,5
	casado	153	83,6	97,5	100,0
	Total	157	85,8	100,0	
Missing	System	26	14,2		
Total		183	100,0		

ocupacion

		Frecuenc y	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	hogar	117	63,9	74,5	74,5
	trabajador a	40	21,9	25,5	100,0
	Total	157	85,8	100,0	
Missing	System	26	14,2		
Total		183	100,0		

parto/cesarea

		Frecuenc y	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	parto	92	50,3	58,6	58,6
	cesarea	65	35,5	41,4	100,0
	Total	157	85,8	100,0	
Missing	System	26	14,2		
Total		183	100,0		

sexo

		Frecuenc y	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	femenino	82	44,8	52,2	52,2
	masculin o	75	41,0	47,8	100,0
	Total	157	85,8	100,0	
Missing	System	26	14,2		
Total		183	100,0		

termino/posttermino

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	tèrmino	143	78,1	91,1	91,1
	postèrmino	14	7,7	8,9	100,0
	Total	157	85,8	100,0	
Missing	System	26	14,2		
Total		183	100,0		

aloy conj/ucin

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	aloy,conju nto	147	80,3	93,6	93,6
	ucin	10	5,5	6,4	100,0
	Total	157	85,8	100,0	
Missing	System	26	14,2		
Total		183	100,0		