

57  
1131 / 2oj



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 4  
"DR. LUIS CASTELAZO AYALA"  
I. M. S. S.

**EPIDEMIOLOGIA DE LA AMENAZA DE PARTO  
PRETERMINO EN EL HOSPITAL DE GINECO-  
OBSTETRICIA "LUIS CASTELAZO AYALA"**

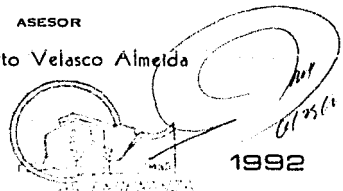
**T E S I S**

QUE PRESENTA:  
**DR. VICENTE HUEZO CASILLAS**  
PARA OBTENER EL TITULO DE  
LA ESPECIALIDAD EN:  
**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

TESIS CON  
SALA DE ORIGEN

ASESOR

Dr. Roberto Velasco Almeida



México, D. F.

1992



HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
"DR. LUIS CASTELAZO AYALA"  
I. M. S. S.



## **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 está 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.

**indice :**

<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>1</b>
<b>ANTECEDENTES.....</b>	<b>1-3</b>
<b>JUSTIFICACION.....</b>	<b>3</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>3-5</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>5-7</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>8-39</b>
<b>DISCUSION.....</b>	<b>40-41</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>42-43</b>
<b>COMENTARIO.....</b>	<b>44</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>45-46</b>

HOSPITAL "LUIS CASTELAZO AYALA"  
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.

TESIS DE POSTGRADO:

"EPIDEMIOLOGIA DE LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN EL  
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICIA LCA # 4".

INTRODUCCION:

El Parto Pretermino es el nacimiento antes de la semana 37 del embarazo, siendo la causa Perinatal más frecuente de Morbimortalidad.

La frecuencia de parto Pretermino es del 5-10% variando de un País a otro, (25,1) y es la causa en el 75 - 85 % de la Morbimortalidad especialmente en productos menores de 1500 g. (6).

Es importante que se reconozcan las pacientes con riesgo elevado de Parto Pretermino y sean objeto de vigilancia y ayuda Prenatal (8,1).

ANTECEDENTES:

En la República Mexicana existe poca o nula experiencia en relación a estudios Epidemiológicos que involucren factores de riesgo y Patología Materno-Fetales asociadas con la Incidencia de Parto Pretermino. (24).

Existe vasta experiencia en diferentes partes del mundo donde hace no menos de 20 años sobre factores de riesgo, circunstancias médicas previas al embarazo y complicaciones de la Gestación que aumenta el riesgo de presentación de nacimiento Pretermino. (5,13).

En la Literatura consultada, se observo que los estudios Epidemiológicos han aportado información valiosa para tener conocimiento de la variedad de factores de riesgo que incrementan las posibilidades de nacimiento Pretermino. (1).

Se han relacionado muy diversos factores de riesgo para el nacimiento Pretermino entre los cuales están los Demográficos, Conductuales, de los cuidador a la salud, circunstancias médicas previas al embarazo y complicaciones de la Gestación. (6,13,1).

Diversas características Socio-Económicas tienen relación con la incidencia de este, como la edad materna de 19 años o menos, 40 años o más (13,4), soltería, escolaridad baja (13) y raza diferente a la blanca, siendo el factor Demográfico más sorprendente e inquietante (14). El nivel social de una Mujer y el de su Niñez puede ser más importante que el que tiene durante el embarazo (9).

Dentro de los riesgos conductuales se encuentra el **HABITO TABAQUICO** que disminuye el peso al nacer, dependiendo de la dosis, y aumenta el riesgo de presentar nacimiento Pretermino, en Estados Unidos el 30% de las Mujeres fuman, calculándose del 15-20% de todos los nacimientos Preterminos en dicho País. (13,20,26).

El tabaquismo también aumenta la frecuencia de Ruptura Prematura de Membranas, Desprendimiento prematuro de Placenta, Placenta previa y muerte fetal, padecimientos que pueden ser causa de nacimiento Pretermino (13).

También se ha relacionado la ausencia de cuidados prenatales, uso de alcohol o drogas, peso bajo en relación a la estatura en el momento de la concepción, poco aumento de peso durante el embarazo (13), la actividad física u ocupación, en las cuales aumenta la incidencia en aquellas que laboran durante todo el embarazo. (8, 12).

Los hijos de las madres que laboran de pie durante el embarazo pesan menos (21), observándose aumento progresivo de los infartos placentarios, tal vez por disminución del sanguíneo utero-placentario (13), trayendo consigo hipoxia fetal y necrosis decidual lo cual se ha sugerido como desencadenante de parto pretermino (8, 24).

La incidencia de partos pretermino se correlaciona con los antecedentes Obstétricos (23,7,19), quien ha tenido un parto pretermino previo tiene un riesgo de recidiva de 17-40% (7,17,24,19), mujeres que han tenido uno o más abortos del segundo trimestre (17,16), mujeres con malformaciones uterinas tienen riesgos que varían con respecto a la anomalía (10), miomatosis uterinas (5), hemorragias (13), y la incompetencia istímico-cervical (13,3).

Existen cuatro trastornos Obstétricos principales que causan parto pretermino: el trabajo de parto pretermino (13) la ruptura prematura de membranas (2,27), complicaciones médicas y Obstétricas maternas dentro de las cuales las más frecuentes están: **DIABETES MELLITUS, ENFERMEDAD VASCULAR HIPERTENSIVA CRÓNICA, NEFROPATIAS, PLACENTA PREVIA Y DPPNI** (13,8). Por último el sufrimiento fetal o muerte fetal in utero (8,13). El Lupus Eritematoso causa prematuros en el 15% y muerte fetal en las pacientes afectadas (11).

Se considera el factor de riesgo más predictivo de parto pretérmino al embarazo múltiple que constituye al 8.7% de todos los nacimientos pretérmino en Estados Unidos (13).

En un estudio se observó la relación entre parto pretérmino y el Stress Psicológico (22).

En el 20-30% el factor precipitante es la ruptura prematura de membranas. Algunos autores la refieren como la causa más frecuente entre las semanas 30 a 31 de embarazo con un 57% (5).

#### JUSTIFICACION :

El nacimiento pretérmino y las secuelas consiguientes son uno de los mayores problemas de salud en el mundo.

Por ser un padecimiento multifactorial donde intervienen factores individuales, sociales, culturales y ambientales, saber en que proporción interactúan cada uno de ellos en nuestra población, en base al conocimiento de factores de riesgo y enfermedades predisponentes más frecuentes, permitirá identificar a la población de alto riesgo de presentar nacimiento pretérmino. Logrando así su control prenatal estrecho y aun su prevención preconcepcional.

La evaluación de los problemas de salud de la población, es un proceso complejo que debe iniciarse con la determinación de la magnitud, distribución y naturaleza de los problemas en estudios, el establecimiento de sus causas y de sus cambios a través del tiempo.

Los estudios Epidemiológicos aportan información valiosa para tener conocimiento de la variedad de factores de riesgo que incrementan las posibilidades de que se presente el nacimiento pretérmino.

En México no existen estudios a éste respecto serios que evalúen todos estos factores en nuestra población.

Es por las razones antes expuestas que se decidió llevar a cabo el estudio Epidemiológico sobre PARTO PRETERMINO en el HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA LCA #4.

#### OBJETIVOS :

- 1.- Contar con datos estadísticos Epidemiológicos propios de factores de riesgo y enfermedades médicas relacionadas con el nacimiento pretérmino en nuestra población HGO LCA.

■ FACTORES DE RIESGO ■

a) DEMOGRAFICOS

Edad  
Ocupación  
Escolaridad  
Estado Civil  
Nivel Socio-Económico

b) CONDUCTUALES

Tabaquismo  
Alcoholismo  
Abuso de otras sustancias  
Actividad Física excesiva

c) CUIDADOS A LA SALUD

Atención Prenatal

d) RIESGO MEDICOS PREVIOS AL EMBARAZO

. Antecedentes Obstétricos :

Gesta  
Paras  
Cesáreas  
Aborto del segundo trimestre  
Parto Pretermino Provio

. Ciertos trastornos Medicos :

Diabetes Mellitus  
Enf. Vascular Hipertensiva Crónica  
Lupus Eritematoso sistémico  
Nefropatías

e) COMPLICACIONES ACTUALES DEL EMBARAZO

Gestación Múltiple  
Anormalidades del Volumen de Líquido Amniótico  
Antecedentes de amenaza de aborto embarazo actual  
Anormalidades fetales

Infecciones graves  
Cuadros anteriores amenaza parto pretérmino  
embarazo actual  
Placenta previa  
R.P.M.

2.- Grado de intervención de cada uno de los factores de riesgo y padecimiento asociados en el Parto Pretérmino.

a) Frecuencia de cada uno de los factores asociados.

#### ■ V A R I A B L E S ■

Se investigaran variables independientes relacionadas con las condiciones Demográficas, conductuales de Salud.

La variable dependiente será la incidencia de parto pretérmino.

#### ■ M E T A S ■

- 1.- Obtener las frecuencias de cada uno de los factores de riesgo relacionados al nacimiento pretérmino en HGO LCA.
- 2.- Estimar la frecuencia de nacimientos pretérmino HGO LCA.
- 3.- Identificación de un grupo de pacientes de alto riesgo de acuerdo a los factores que más se relacionan con el nacimiento Pretérmino.

#### METODOLOGIA :

##### MARCO MUESTRAL.

La población bajo estudio está constituida por todas las pacientes que acuden al HGO LCA con diagnóstico de amenaza de Parto Pretérmino que se resuelve su embarazo en dicha unidad, durante el Período de referencia del estudio.



La unidad de observación es la paciente que tenga parto pretérmino entre los 28 semanas y antes de las 37.

El tipo de muestreo es simple.

La muestra es de 50 pacientes que reúnan con los criterios de inclusión.

**Criterios de Inclusión :**

Todas las pacientes hospitalizadas en HGO LCA con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino, que se haya resuelto el embarazo en esta Unidad.

Mujeres normorregladas, sin antecedentes de trastornos menstruales y que la fecha de última menstruación sea confiable (amenorrea confiable).

**Criterios de Exclusión :**

Pacientes hospitalizadas en el HGO LCA con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino que no se haya resuelto su embarazo en esta unidad.

Pacientes cuyos expedientes no cumplan con los requisitos de la hoja de recolección de datos.

Pacientes que no puedan ser entrevistadas

**Criterios de no Inclusión :**

Mujeres con antecedentes de trastornos menstruales o fecha de última regla dudosa.

## METODO

El estudio se inicia con el llenado de la hoja recolección de datos cuando el paciente cumple con los criterios de inclusión.

Obteniendo el número de nuestro pacientes se procederá a su agrupación por grupos de edad y se anotará cada uno de los factores de riesgo y su frecuencia en cada uno de estos, por medio de tablas y gráficas, prosiguiéndose con el análisis estadístico de los datos.

## ANALISIS ESTADISTICO

Se realizará el estudio descriptivo : tablas, gráficas y medidas de tendencia central.

Correlacionandose la frecuencia de cada uno de los factores de riesgo y su presentación por grupo de edad.

## **RESULTADOS:**

### **TABLAS**

### **GRÁFICAS**

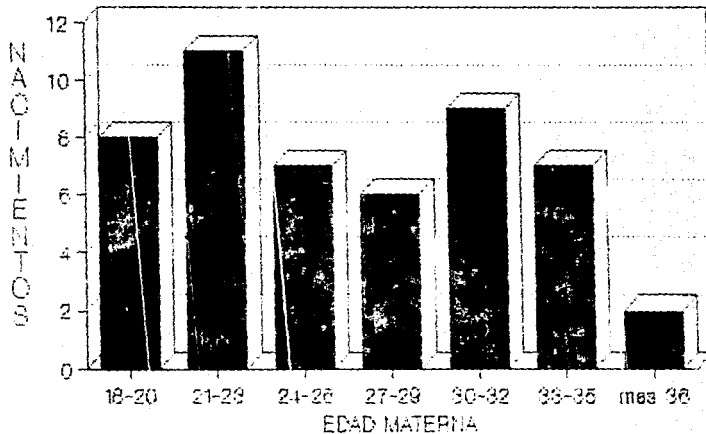
EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO

FRECUENCIA PARTO PRETERMINO POR GRUPO EDAD

EDAD	FRECUENCIA	%
18-20	8	16
21-23	11	22
24-26	7	14
27-29	6	12
30-32	9	18
33-35	7	14
36 y +	2	4
TOTAL	50	100

# EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO

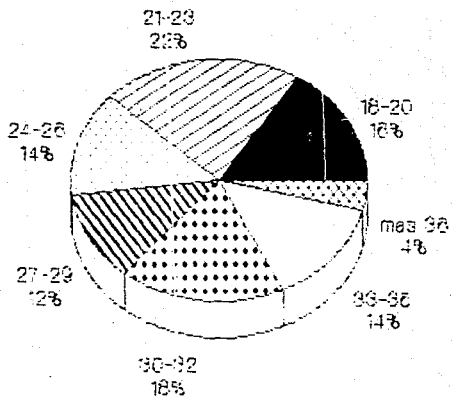
## FRECUENCIA PARTOS POR GRUPO DE EDAD



■ PARTO PRETERMINO

N= 50

## EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO FRECUENCIA PARTOS POR GRUPO DE EDAD



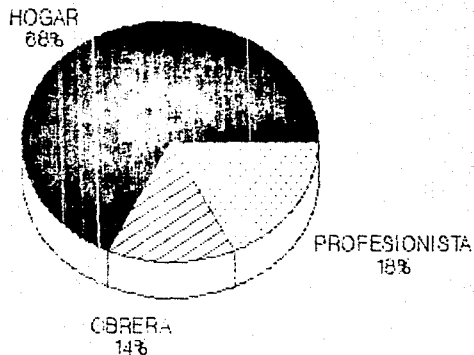
EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO

OCUPACION DE LA MADRE		
OCUPACION	FRECUENCIA	%
HOGAR	34	68
OBRENA	7	14
PROFESIONISTA	9	18
TOTAL	50	100

EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO

OCUPACION DEL ESPOSO		
OCUPACION	FRECUENCIA	%
OBRERO	38	76
COMERCIO	3	6
PROFESIONISTA	9	18
TOTAL	50	100

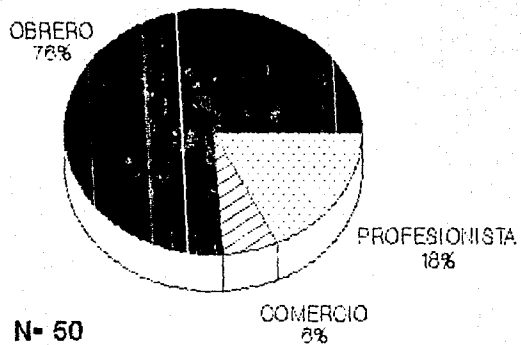
# EPIDEMIOLOGIA DE PARTO PRETERMINO OCUPACION DE LA MADRE



N= 50



EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO  
Ocupación del esposo

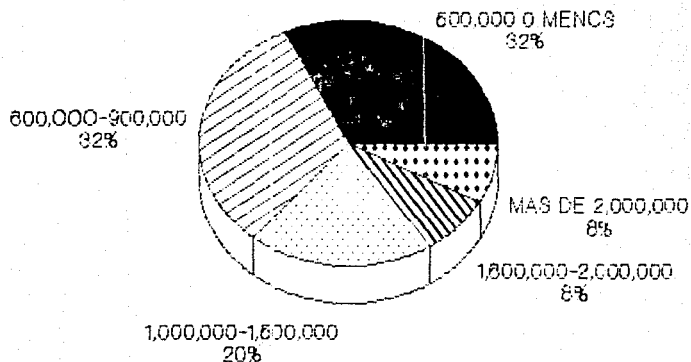


EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO

INGRESO MENSUAL PROMEDIO

INGRESO	FRECUENCIA	%
500,000-0 MENOS	16	32
600,000-900,000	16	32
1,000,000-1,500,000	12	24
1,600,000-2,000,000	4	8
MAS DE 2,000,000	4	8
TOTAL	50	100

## EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO INGRESO MENSUAL PROMEDIO

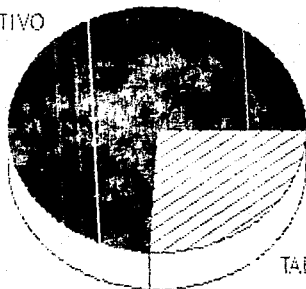


N= 50

EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO				
ANTECEDENTES DE TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO				
	TABAQUISMO		ALCOHOLISMO	
	F	%	F	%
POSITIVO	13	26	3	6
NEGATIVO	37	74	47	94
TOTAL	50	100	50	100

# EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO ANTECEDENTES DE TABAQUISMO

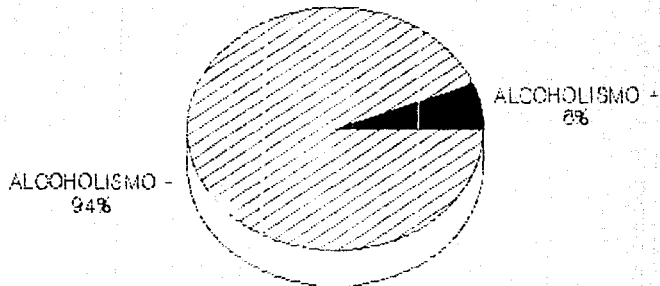
TABAQUISMO NEGATIVO  
74%



TABAQUISMO POSITIVO  
26%

N- 50

# EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO



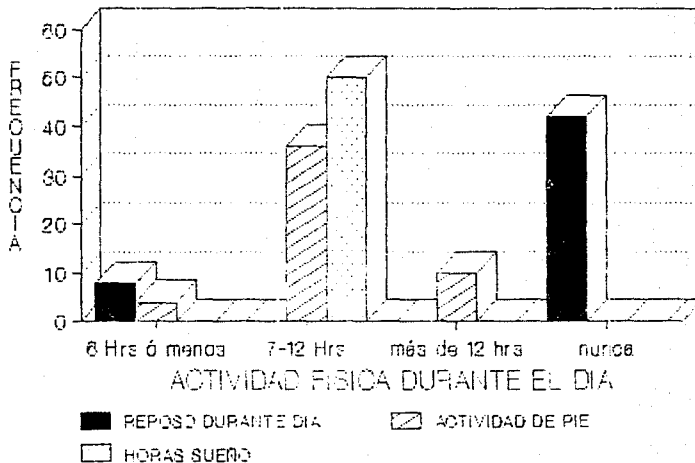
N = 50

EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO

ACTIVIDAD FISICA PROMEDIO EN 24 HRS

HORAS	REPOSO DURANTE DIA		ACTIVIDAD FISICA		HRS SUENO	
	F	%	F	%	F	%
6 O MENOS	8	16	4	8	-	-
7 - 12	-	-	36	72	50	100
MAS 12	-	-	10	20	-	-
NUNCA	42	84	-	-	-	-
TOTAL	50	100	50	100	50	100

## EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO ACTIVIDAD FISICA DURANTE EL EMBARAZO



N= 50

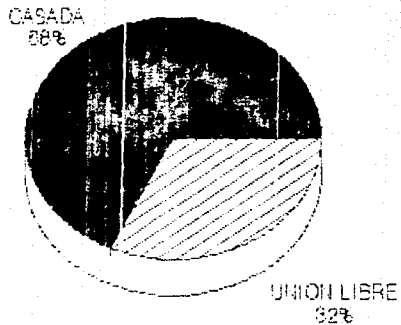


EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO

FACTORES ASOCIADOS

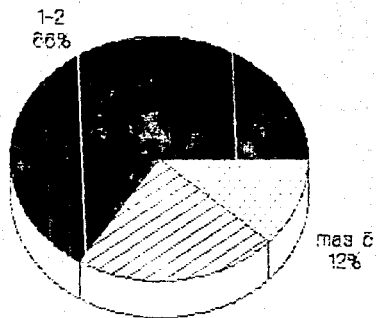
FACTOR		F	%
EDO. CIVIL	CASADA	34	68
	UNION LIBRE	16	32
PARIDAD	1 - 2	33	66
	3 - 4	11	22
	MAS 5	6	12
AMENAZA ABORTO ACTUAL	SI	18	22
	NO	48	88
ANT. PARTO PRETERMINO	SI	11	22
	NO	39	78
NUMERO HOSPITALIZA- CIONES EMB. ACTUAL	UNICA	26	52
	1	6	12
	2	13	26
	3	3	6
	+ 3	2	4

# EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO ESTADO CIVIL



N- 50

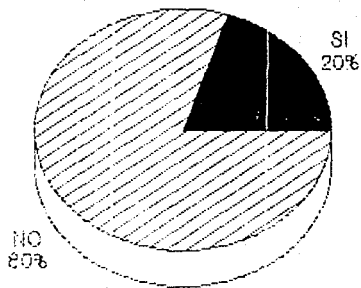
# EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO PARIDAD



N= 50

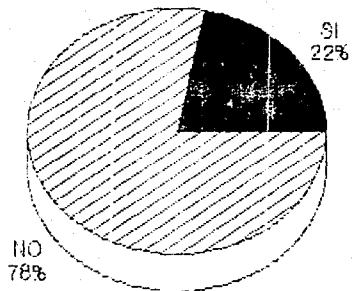
3-4  
22%

# EPIDEMIOLOGÍA DEL PARTO PRETERMINO AMENAZA DE ABORTO EN EL EMBARAZO ACTUAL



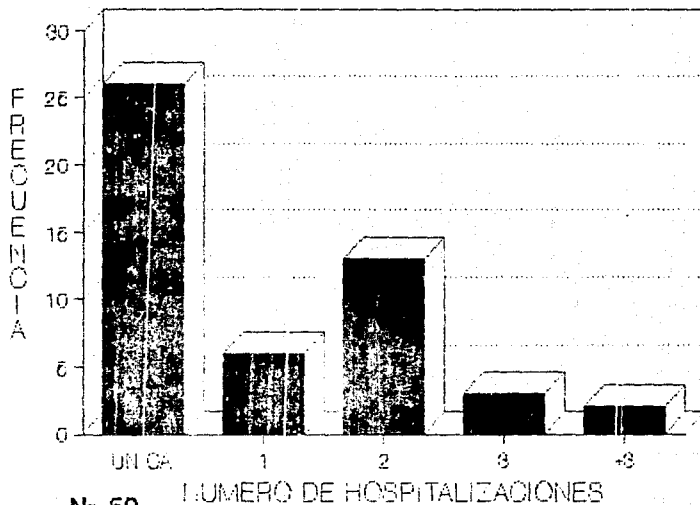
N - 50

## EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO ANTECEDENTES PARTO PRETERMINO



N= 50

# EPIDEMIOLOGÍA DEL PARTO PRETERMINO NUMERO DE HOSPITALIZACIONES

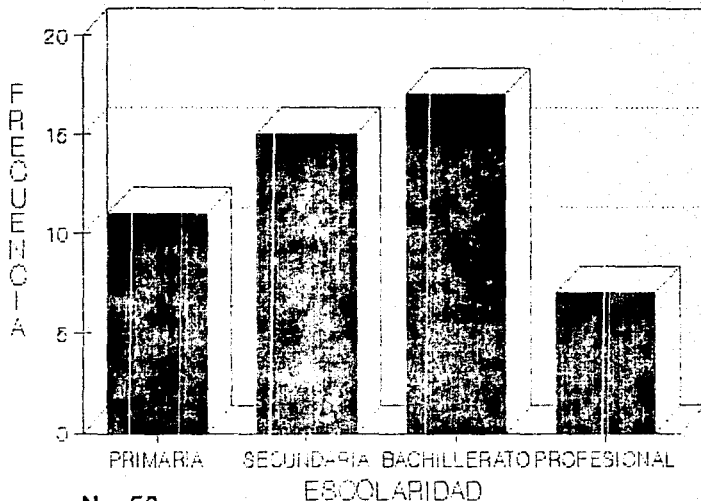


N= 50

EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO				
RELACION ENTRE EDAD Y GRADO DE ESCOLARIDAD MAXIMA				
ESCOLARIDAD				
EDAD	PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	PROFESIONAL
18 - 20	-	6	2	1
21 - 23	2	5	1	1
24 - 26	1	2	4	-
27 - 29	2	1	4	-
30 - 32	1	-	3	4
33 - 35	4	-	3	-
36 o mas	1	-	-	1
TOTAL	11	15	17	7
N = 50				

EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO			
EDAD EN RELACION CON EL CONTROL PRENATAL			
EDAD	REGULAR	IRREGULAR	NUNCA
18 - 20	5	1	2
21 - 23	3	7	1
24 - 26	4	3	-
27 - 29	5	2	-
30 - 32	5	1	2
33 - 35	4	3	-
36 o mas	1	1	-
TOTAL	27	18	5
N = 50			

# EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO ESCOLARIDAD MATERNA

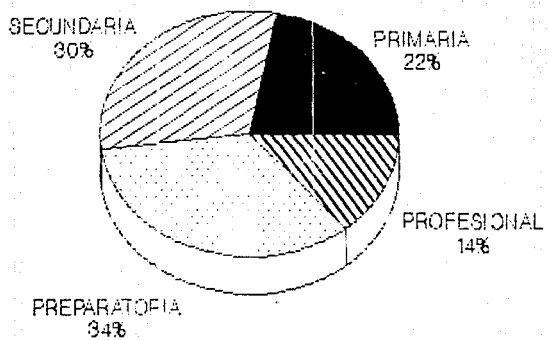


N = 50

- 29 -  
ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

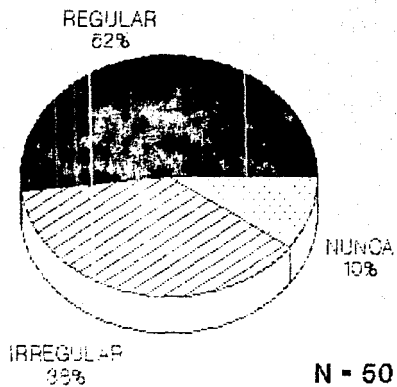


# EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO GRADO DE ESCOLARIDAD MATERNO MAXIMO



N- 50

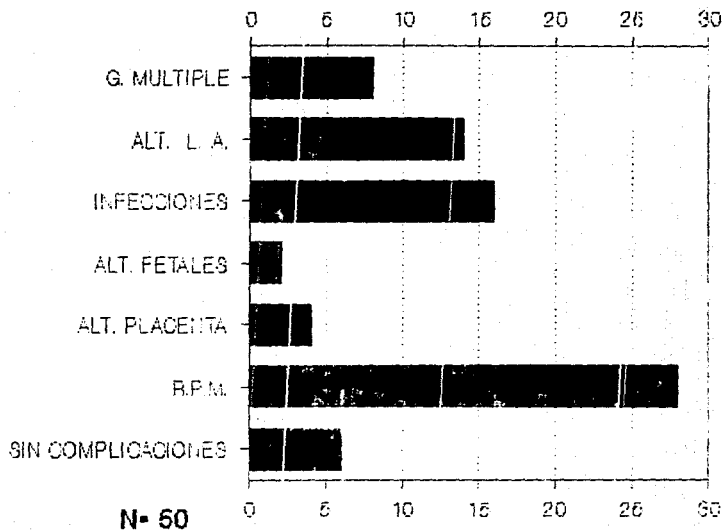
**EPIDEMIOLOGIA DE PARTO PRETERMINO**  
**FRECUENCIA DE CONTROL PRENATAL**



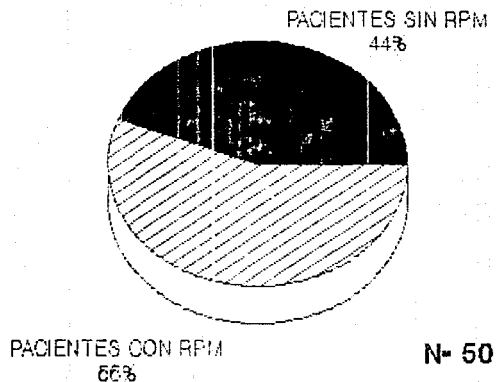
**EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO  
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ACTUAL**

COMPLICACION	FRECUENCIA	TIPO	%
GESTACION MULTIPLE	8	GEMELAR	100
ALI. LIQUIDO AMNIOTICO	14	OLIGOAMNIOS POLIHIDRAMNIOS	86 14
INFECCIONES	16	AMNIOITIS VIAS URINARIAS	62,5 37,5
ALTERACIONES FETALES	1	OBITO	100
RUPTURA PREMATURA MEMBRANAS	20	R.P.N.	100
ALTERACIONES PLACENTARIAS	4	PLACENTA PREVIA D.P.P.N.I.	50 50
SIN COMPLICACIONES	6	---	12

## EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ACTUAL

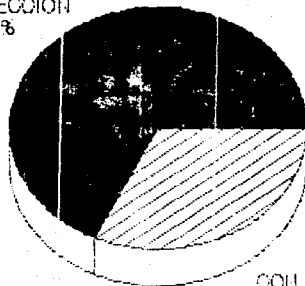


# EPIDEMIOLOGÍA DE PARTO PRETERMINO PRESENTACION RPM COMO CAUSA NACIMIENTO



# EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO PROCESO INFECCIOSO ASOCIADO

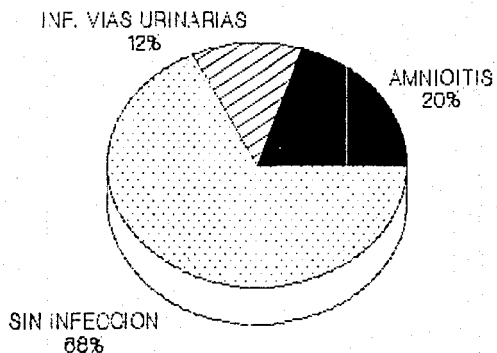
SIN INFECCION  
68%



CON INFECCION  
32%

N= 50

## EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO TIPO DE PROCESO INFECCIOSO PRESENTADO



N- 50

EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO			
RELACION ENTRE R.P.M. ALT. L.A. E INFECCION			
EDAD GESTACIONAL	R.P.M.	OLIGOAMNIOS	INFECCION
20 - 23 SEMANAS	-	-	-
24 - 27	2	2	-
28 - 31	13	7	4
32 - 36	13	1	6
TOTAL	28	10	10

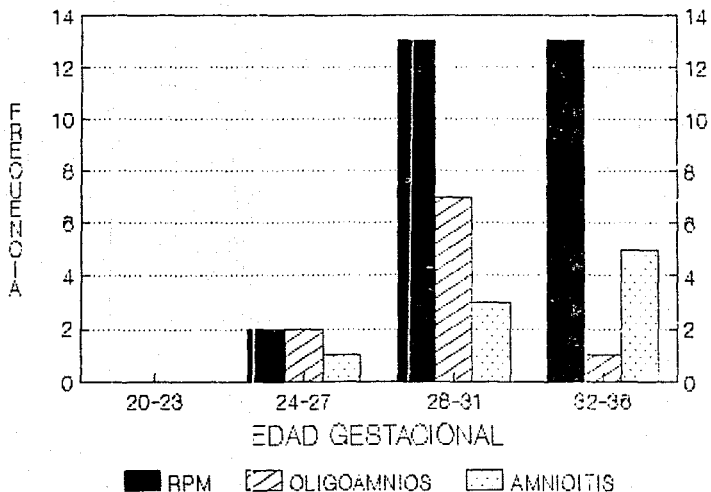
N = 50

EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO		
RELACION ENTRE EDAD GESTACIONAL MOMENTO R.P.M. Y EDAD AL NACIMIENTO		
EDAD GESTACIONAL	R.P.M.	NACIMIENTO
20 - 23	-	-
24 - 27	2	-
28 - 31	12	12
32 - 36	14	16

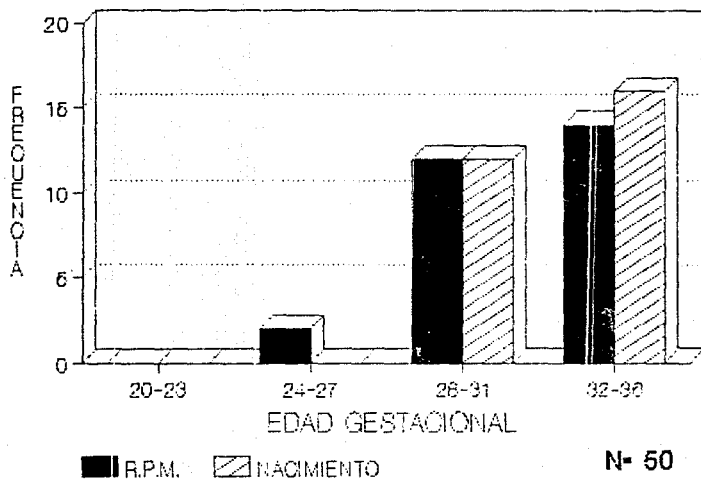


# EPIDEMIOLOGÍA DEL PARTO PRETERMINO

## RELACION ENTRE RPM, ALT. LA E INFECCION



# EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO EDAD GESTACIONAL R.P.M. Y AL NACIMIENTO



## DISCUSION:

Conocer los factores de riesgo asociados más frecuentemente con el nacimiento pretérmino es importante para llegar a la identificación de un grupo de población de alto riesgo y ser objeto de control prenatal más cuidadoso y poder llevar así a un feliz término el embarazo.

En una muestra realizada de 50 pacientes se observó que el 22% de los partos pretérmino ocurrió en el grupo de edad entre 21-23 años, seguida en importancia el de 18-20 ( 18% ) y 24-26 ( 14% ).

El estado civil materno casada se observó en un 68% de las pacientes, y solo un 32% vivían en unión libre. La mayor parte de las pacientes tenían una paridad de 1 ( primigestas ) en un 66%, siguiendo en importancia las pacientes con paridad de 2 con un 22%.

El 80% de las pacientes no presentaron antecedentes de amenaza de aborto durante el embarazo, ni antecedentes de partos pretérminos previos ( 78% ).

En el 52% era la única hospitalización al momento del nacimiento, 12% habían estado hospitalizadas previamente en una ocasión y 26% en dos ocasiones por amenaza de parto pretérmino.

El ingreso mensual promedio no era mayor a 900,000 pesos en el 64% de las pacientes y un 32% de estas el ingreso era inferior o igual a 500,000 pesos, ( Correspondiendo esto con pacientes cuyos esposos eran obreros). Un grupo menor tenía un ingreso promedio de un millón de pesos, que correspondió a profesionistas.

El 68% de las madres se dedicaba al hogar y solo un 14% eran obreras. La ocupación del esposo en su mayor parte fue obrero ( 76% ) y solo un 18% eran profesionistas.

Las mujeres presentaron tabaquismo positivo en un 26% solamente, al igual solo el 6% presentaron alcoholismo positivo.

En lo que respecta a la actividad física habitual durante el embarazo; el 84% no mantenía reposo mínimo de una hora en cama en el transcurso del día, solo un 16% guardaba reposo regular durante el embarazo.

El 72% presenta una actividad física en 24 horas entre 7 a 12 horas de pie, y un 20% de más de 12 horas, solo el 8% menor a 6 horas.

El 100% de las pacientes descansaban durante la noche ocho horas.

El grado de escolaridad máximo del 64 % de las pacientes fue secundaria o preparatoria, que corresponden a un 30 % y 34 % respectivamente; los grupos de edad donde se observo con mayor frecuencia ésto, fue de 18 a 20 (16 %) y de 21 a 23 años (14 %).

El control prenatal fue regular en el 52 % y el 10 % en ningún momento había asistido a control. En la edad de 21 a 26 años se observo la mayor frecuencia del control irregular del embarazo.

Existe una gran relación entre R.P.M. y presencia de oligoamnios y a su vez del desarrollo de corioamnioitís.

La edad gestacional donde se observo mas frecuentemente la R.P.M. es la comprendida de 28 a 31 semanas (46 %), y de 32 a 36 (46 %).

El desarrollo de oligoamnios se observo mas frecuente en edades de 28 a 31 semanas (70 %). La corioamnioitís se observo en (40 %) de 28 a 31 y (60 %) de 32 a 36 semanas.

La relación entre edad gestacional al momento de la ruptura prematura de membranas y al nacimiento esta directamente relacionado con el tiempo de latencia y desarrollo de anomalías de líquido amniótico aumentando el riesgo de corioamnioitís.

Las pacientes que presentaron R.P.M. a edades gestacionales de 24 a 27 semanas, debido al manejo conservador, que tiene como finalidad alcanzar una mayor visibilidad del producto, se realizó la interrupción del embarazo entre la semana 28 a 31.

El factor desencadenante en el 56% de las pacientes del parto pretérmino fue la R.P.M. de estas el 43% presentaron oligoamnios.

Solo el 32% presentaron proceso infeccioso asociado, de estos el 62.5% correspondió a corioamnioitís y 37.5% a infección de vías urinarias.

Solo el 16% de las pacientes presentaron al embarazo gemelar como causa desencadenante, y un 12% no tenía ningún factor conocido que explicara el nacimiento.

Otras causas obstétricas poco frecuentes son alteraciones placentarias ( DPPNI y placenta previa ).

Ninguna paciente tenía factores médicos asociados al nacimiento pretérmino.

## CONCLUSIONES:

Dentro de los factores de riesgo que se relacionan más frecuentemente con el nacimiento pretérmino están:

La escolaridad de la madre no mayor al bachillerato, la ocupación del esposo que esta estrechamente relacionada con el ingreso económico mensual, siendo un factor de riesgo importante que el esposo sea obrero y tenga un ingreso menor a 900,000 pesos. Lo anterior limita que la paciente vaya correctamente las indicaciones médicas aún cuando lleven un control prenatal adecuado.

La actividad física es también un factor importante, se observa un mayor riesgo de parto pretérmino en pacientes que no reposan en cama durante el día por lo menos 1 hora, y cuando tienen una actividad física de pie mayor de 7 horas.

El estado civil parece tener poca importancia puesto que el 68% de las mujeres eran casadas, a diferencia de la literatura donde mencionan a la soltería como un factor importante de riesgo.

La edad materna no tuvo relación con el aumento del nacimiento pretérmino, este se observo en edades entre 18 y 26 años, sin predominar ningún grupo de edad. En la literatura se mencionan edades menores de 19 años o mayores 40 como de alto riesgo.

El tabaquismo se observo en el 26% de las pacientes, más es difícil saber en que grado influyo como factor desencadenante del nacimiento pretérmino.

Ninguna paciente presento padecimientos medicos asociados al embarazo, esto por el servicio donde se realizo la muestra, donde las pacientes ingresadas son sanas.

El 20% de las pacientes tenia antecedentes de parto pretérmino previo como factor asociado.

El factor precipitante que se relaciona con mayor frecuencia es la ruptura prematura de membranas en un 56% entre las semanas 28 a 31, lo cual esta acorde a la literatura reportada.

La ruptura desencadena a su vez oligoamnios y este aumenta el riesgo hasta en un 90% de que se desarrolle corioamnionitis.

1. El Parto pretérmino no es consecuencia de un factor unico, es un padecimiento multifactorial donde intervienen factores del individuo, sociales, culturales ambientales, que interactuan en diferente proporción.
2. La realización de un estudio con grupo control en mujeres con nacimientos a termino, es necesario, para comparar si realmente existe una diferencia significativa en los factores de riesgo para parto pretérmino observados.
3. El control prenatal regular no es suficiente para prevenir el parto pretérmino, en necesarea la educación preconcepcional de la mujer.

## COMENTARIO:

Parece ser que dentro de los factores de riesgo demográficos más frecuentes asociados están la ocupación del esposo, la escolaridad materna y el ingreso económico, lo cual esta en estrecha relación con el nivel socio-económico.

Dentro de los conductuales esta la actividad física excesiva. Dentro de las complicaciones de la gestación la causa desencadenante más frecuente es la R.P.M.

Por lo anterior es difícil modificar los factores demográficos tal vez lo que sea más susceptible, es la actividad física y en cierta medida la R.P.M aún cuando esto es difícil ya que no se conoce una causa definida.

Tal vez el aumento en la incidencia de parto pretérmino este íntimamente relacionado con el aspecto económico únicamente y de aquí se desprenden todos los demás, ya que una paciente sin recursos es difícil tenga una alimentación, reposo y educación adecuada, haciéndola más susceptible al desarrollo de procesos morbosos lo cual no es susceptible de modificación.

Es aquí donde el médico debe intervenir con programas de educación para la salud dirigidos a pacientes embarazadas y mujeres en edad reproductiva, con la finalidad de proporcionar las bases mínimas de higiene, alimentación y actividad física adaptándose siempre a las condiciones socio-económicas de la población, así como una capacitación continua del personal de las unidades de Medicina Familiar para que identifiquen oportunamente a la paciente de alto riesgo y con objeto de vigilancia estrecha con participación del personal de Trabajo Social.

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- Abramowicz M, Kass EH. Pathogenesis and prognosis of prematurity. N Eng J Med 1966; 275: 878-885,938-943, 1001-1007, 1053-1057.
- 2.- Angeles W, CD y col: Ruptura Prematura de Membranas en embarazo pretérmino. Análisis de 100 casos. Ginec Obstet Mex 1988; 56: 207-212.
- 3.- A. Golan, R. Barnan, S. Wexler, et al. Incompetence of the uterine cervix - a Review. Obstet and Gynecol Survey 1989; 44.2: 96-107.
- 4.- David Hollander, James L> Breen. Pregnancy in the older gravida: How old is old?. Obstet and Gynecol Survey - a Review 1990; 45.2: 106-111.
- 5.- Dominguez CH. V.J. y col: Ruptura prematura de membranas en embarazo de pretérmino. Momento de interrupción del embarazo. Ginec Obst. Mex. 1989; 57: 218-222.
- 6.- Edward A. Grabor. Dilemmas in the pharmacological management of preterm labor - A Review. Obstet and Gynecol Survey, 1989; 44.7: 512-517.
- 7.- Fedrick, J. Anderson A. Factors associated with spontaneous preterm birth. Br J. Obstet Gynaecol 1876; 83: 342.
- 8.- Fernando Arias. Peter Labor. EN: FERNANDO ARIAS. High-Risk Pregnancy and Delivery: TORONTO. MOSBY Y COMPANY 1984: 37-62.
- 9.- Greenberg RS. The impact of Prenatal care in different social groups. Am J Obstet Gynecol 1983; 145: 797.
- 10.- Heinonen P. Saarikoski S. Pystynen P. Reproductive performance of women with uterine anomalies. Acta Obstet Gynecol Scand 1982; 61: 157
- 11.- H.J. Out, R.H.W.M. Derkse, G.C.M.L. Christiaens. Systemic Lupus Erythematosus and Pregnancy-A Review. Obstet and Gynecol Survey. 1989; 44.8: 585-591.
- 12.- James F. Clapp III, MD. The affects of maternal exercise on early pregnancy outcome. Am J Obstet and Gynecol 1989; 161: 1453-7.
- 13.- Jay D. Iams, MD. Clinicas Obstétricas y Ginecológicas Denise M. Main, MD . Epidemiología del parto pretérmino Vol. III/1988. México, D.F. Editorial INTERAMERICANA 1989; 505-518.



- 14.- Joel C. Dieinman, PH.D., and S.S. Kessel, MD, M.P.H. Racial differences in low birth weight. N.Engl J Med 1987; 317: 749-53.
- 15.- J. P. Rice, MD. Helen H. Kay, MD. et al. The clinical significance of uterine leiomyomas in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1989; 160: 1212-6.
- 16.- J.R. Del Sol, S. Garcia C. Embarazo Múltiple. EN: J. González-Merlo, J.R. del Sol eds. Obstetricia. Tercera edición. Barcelona, España. Edit. SALVAT 1988:456-509.
- 17.- Keirse M, Rush R, Anderson A. et al. Risk of pre-term delivery in patients with previous pre-term delivery and/or abortion. Br J Obstet Gynecol 1978; 85:81.
- 18.- Linn S. Schoenbaum S. Monson R, et al. The relationship between induced abortion and outcome of subsequent pregnancies Am J Obstet Gynecol 1983; 146: 136.
- 19.- L. Mehta and I.D. Young Recurrence Risks for Common Complications of Pregnancy-A Review. 1987;42.4:218-223.
- 20.- Mochizuki M, Maruo T, Masuko K, Ohtsu T. Effects of smoking on fetoplacental-maternal system during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1984;149: 413.
- 21.- Naeye RL, Peters EC. Working During pregnancy; effects on the fetus. Pediatrics 1982; 69: 724.
- 22.- Newton RW, Hunt LP. Psychosocial Stress in pregnancy and its relation to low birth-weight. Br Med J 1984;288:1191.
- 23.- C. Camissans. Prematuridad. EN: J. González -Merlo, J.R. del Sol. Obstetricia. Tercera edición. Barcelona España, Edit. SALVAT. 1988;589-611.
- 24.- R. Jaime Toro Calzada, M. Antonio Marquez B. la hidratación como tocolítico. Ginec Obst Mex 1987;55: 308 - 313.
- 25.- S. Dexeus, J.M. Carrera, ET AL. Parto pretérmino. EN: J. Mofadyn, S. Dexeus, eds. TRATADO DE OBSTETRICIA: PATOLOGIA OBSTETRICA. Barcelona, España; ED. Salvat 1987:115-121.
- 26.- Shi Wu Wen, MS, Robert L. Goldenderget et al. Smoking maternal age, fetal growth and gestational age at delivery. 1990;162:53-8.
- 27.- Skinner S. campos G. Liggins G. Collagen content of human amniotic membranes: Effect of Gestation length and premature. Obstet Gynecol 1981;57:487.