

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE LA MUJER SS

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO. FACTORES DE RIESGO. REVISION DE UN AÑO DEL 1º. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1998 EN EL HOSPITAL DE LA MUJER



TESIS
HOSPITAL DE LA MUJER
JEFATURA DE ENSEÑANZA

Handwritten signature/initials

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Handwritten number 285

PRESENTA:

DRA. SILVIA ALCANTARA LOPEZ

ASESOR:

DR. JUAN LUIS GARCIA BENAVIDES

MEXICO, D.F. 2000



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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por brindarme la oportunidad de vivir, sin su ayuda nada podría hacer.

A MIS PADRES:

Por su apoyo y amor incondicional.

A MIS HERMANOS:

Por su cariño y confianza brindados.

A MIS SUEGROS:

Por su presencia y palabras de aliento.

A MI ESPOSO E HIJO:

Por su apoyo, amor e infinita paciencia.

A MIS MAESTROS y PACIENTES DEL HOSPITAL DE LA MUJER:

Por confiar en mí.

AL DR. JUAN LUIS GARCIA BENAVIDES:

Por su ayuda para la realización de esta tesis.

INDICE

1. Introducción	
a) Epidemiología.....	01
b) Factores de riesgo.....	02
c) Fisiopatología del trabajo de parto de origen infeccioso.....	07
d) Diagnóstico.....	08
2. Planteamiento del problema.....	09
3. Hipótesis.....	09
4. Justificación.....	10
5. Objetivos.....	11
6. Metodología.....	12
7. Cédula de recolección de datos.....	13
8. Resultados.....	14
9. Discusión.....	25
10. Conclusiones.....	28
11. Bibliografía.....	31

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

Se considera como tal a la presencia de actividad uterina aumentada en frecuencia, intensidad y duración, acompañada de modificaciones cervicales antes de las 37 semanas completas de embarazo (259 días) (1).

Se entiende por parto pretérmino aquél que tiene lugar entre las 20 y las 37 semanas de gestación. La entidad puede dividirse en algunos subgrupos:

1. Edad gestacional entre 32 y 36 semanas (productos con prematuridad incipiente), 70% de los casos.
2. Entre 28 y 32 semanas (recién nacidos muy prematuros), 20% del total.
3. Menores de 28 semanas (extremadamente prematuros), 10% de los partos pretérmino.

En 1972, la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el fin de aclarar conceptos de prematuridad y bajo peso al nacer, recomendó la aplicación del término de prematuridad para todos aquéllos que naciesen antes de finalizar las 36 semanas de gestación independientemente del peso.

El trabajo de parto pretérmino es la causa más frecuente de hospitalización materna, ocasionando una carga económica importante a las Instituciones de Salud (8). Además de ser uno de los mayores problemas en el tratamiento del binomio y una causa significativa de morbilidad a nivel mundial, ocasionando más del 60% de la mortalidad neonatal total (6, 10).

Las complicaciones de estos neonatos están relacionadas con la inmadurez multiorgánica que presentan, tienen una posibilidad 180 veces mayor de morir que un feto a término y de presentar lesiones residuales a corto y largo plazo (2,5,8).

Las principales causas de morbimortalidad son:

- 1) Síndrome de dificultad respiratoria
- 2) Displasia broncopulmonar
- 3) Enterocolitis necrotizante
- 4) Hemorragia intraventricular
- 5) Sepsis neonatal

La verdadera incidencia de partos pretérmino no esta bien documentada debido en parte a la falta de diferenciación de retardo del crecimiento de niños pretérmino. La tasa de partos pretérmino varía de país en país y de institución en institución, pero probablemente se ubique entre el 5 y 10% de todos los partos en países desarrollados. Se calcula que cerca de 13 millones de seres humanos nacen prematuramente (2,5,6,10,18).

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO

Existe toda una serie de factores que o bien únicos o asociados con otros, condicionan un incremento en la tasa de trabajo de parto pretérmino (3,6).

DEMOGRAFICOS

Edad menor de 17 o mayor de 35

Raza diferente a la blanca

Bajo nivel socioeconómico y cultural

Estado civil

Existe una relación bien establecida entre la edad y el inicio de parto pretérmino, presentándose el problema con mayor frecuencia en ambos extremos de la vida reproductiva. Se ha observado que la raza negra tiene 2 veces más posibilidad de partos pretérmino con relación a la blanca (18.3 vs 8.5%). Asimismo, el bajo

nivel socioeconómico, escolaridad y soltería, se relacionan con tasas mayores(2, 3,5,6,10).

CONDUCTUALES

Tabaquismo

Desnutrición antes y durante el embarazo

Falta o deficiencia de cuidados prenatales

Ocupación

Se ha observado que las mujeres que consumen 10 cigarrillos al día presentan mayor incidencia de parto pretérmino antes de las 32 semanas de embarazo.

El tabaco reduce los niveles séricos de cobre y ácido ascórbico, los cuales son esenciales en la síntesis y mantenimiento de la colágena. Produce cambios en la colágena de placenta y membranas fetales, ocasionando disminución en el flujo placentario y ruptura prematura de membranas (11).

En Estados Unidos donde 30% de las mujeres fuman, se ha calculado que se pueden atribuir de 13 a 20% de todos los nacimientos pretérmino a dicho hábito (3).

El nivel nutricional en el momento de la concepción afecta la incidencia de partos pretérmino espontáneos; un índice de masa corporal bajo (16.5-19.7) se asocia con un incremento en la tasa, presentándose en mayor proporción en mujeres de raza negra y blanca, no así en las hispanas(11).

Las mujeres que carecen de control prenatal o tienen deficiencia de este, son más susceptibles de presentar un parto pretérmino. Así como aquellas que desempeñan actividad física extenuante, permanecen varias horas de pie o están sometidas a estrés.

Algunos reportes han mostrado que varias características psicosociales maternas, tales como estrés, depresión, ansiedad, autoestima y soporte social bajo, incrementan el riesgo de trabajo de parto pretérmino espontáneo y bajo peso al nacer (2,3,13,14,15,18).

MEDICOS Y OBSTETRICOS PREVIOS AL EMBARAZO

Trabajo de parto o parto pretérmino previo
Antecedente de pérdida gestacional en el 2do. Trimestre
Anormalidad uterina o exposición a DES
Traumatismo cervical, conización o abortos múltiples
Anemia

La incidencia de parto pretérmino se correlaciona con los antecedentes obstétricos. Quien ha tenido un parto pretérmino previo tiene un riesgo de recidiva del 36.7% y aumenta hasta un 70% cuando existen dos o más antecedentes de prematuridad o pérdidas del 2do. trimestre. Es motivo de discrepancia aún si los abortos múltiples inducidos en el primer trimestre guardan o no-relación con una mayor tasa de partos pretérmino (2,3,6,15).

Se atribuye a las malformaciones uterinas el 3 a 16% de todos los partos pretérmino. Observando que las mujeres que in útero estuvieron expuestas a dietilestilbestrol (DES) tienen un riesgo mayor (15-28%) (2,3,5,6).

La anemia es una complicación común del embarazo con una frecuencia del 20 al 80% dependiendo de la población estudiada. Favorece la presencia de parto pretérmino cuando se tiene Hb menor de 9g/dl (7,10).

La anemia en el embarazo se define como la presencia de una concentración de hemoglobina(Hb) menor de 11 g/dl, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, también se considera la cifra de 10.4 g/dl.

Las mujeres con enfermedades previas al embarazo, tales como: hipertensión, diabetes, colagenopatías, son más susceptibles de presentar un parto pretérmino espontáneo o inducido, por complicarse con mayor frecuencia con algún estado hipertensivo del embarazo que compromete el riego placentario y crecimiento fetal (3,4,15,16).

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO

Distensión uterina, embarazo múltiple

Hemorragia después de las 12 semanas

Actividad uterina excesiva

Dilatación cervical mayor a 1 cm o borramiento

Anormalidades en el volumen del líquido amniótico

Anormalidades fetales

Infecciones

Tal vez el factor de riesgo más predictivo sea el embarazo múltiple. Se ha informado que el 12% de los partos antes de término tienen su origen en la gestación múltiple y aproximadamente el 50% terminan ante de las 37 semanas (2,3,10).

La placenta previa, anomalías en el volumen del líquido amniótico (polihidramnios), infecciones graves, cirugía abdominal, anomalías fetales e infecciones graves, son otras complicaciones del embarazo que predisponen al nacimiento de niños prematuros. Se estima que aproximadamente el 25% de las mujeres con embarazo y placenta previa presentan amenaza de parto pretérmino (2,3,5,10).

El 5 a 10% de las mujeres que presentan trabajo de parto pretérmino cursan con infección extraamniótica, por lo general, en el tracto urinario, con sus diferentes presentaciones clínicas, que van desde la bacteriuria asintomática hasta la pielonefritis, siendo los agentes etiológicos aislados con mayor frecuencia gramnegativos, destacando *E. coli* (63-85%), *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacter*, *Staphylococcus* y *Streptococcus* (7,10).

La vaginosis bacteriana se asocia con pérdida del embarazo antes de las 22 semanas de gestación y con aumento en el riesgo de trabajo de parto pretérmino si se acompaña con sangrado en el primer trimestre del embarazo(6,10,16).

Se ha observado que en las mujeres que presentan trabajo de parto pretérmino es más frecuente aislar agentes como: *Chlamydia tracomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*. Pudiendo éstos, ser los responsables de infecciones intraamnióticas (3,5,10,16).

En un 20 a 30% de las pacientes con trabajo de parto pretérmino, no es posible establecer con precisión el factor desencadenante o causal, denominando estos casos idiopáticos (5).

FISIOPATOLOGIA DEL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO DE ORIGEN INFECCIOSO

Las prostaglandinas (PG), son clave en el inicio del trabajo de parto. Las membranas fetales (amnios y corion) y decidua son los sitios postulados como origen de prostaglandinas. Su biosíntesis en presencia de infecciones puede ser estimulada por señales bacterianas (endotoxinas) o el huésped.

Cuando hay infección intraamniótica las células mononucleares y decidua, en respuesta a la presencia de endotoxinas producen interleucina 1 (IL-1) y factor activador de plaquetas (normalmente producido por pulmón y/o riñón de fetos maduros), los cuales estimulan la síntesis de PGE2 en hipotálamo, tejidos maternos y fetales, desencadenando el trabajo de parto pretérmino, manifestado clínicamente por la presencia de contracciones uterinas, aumentadas en frecuencia, intensidad y duración (3,17,18,19,20,21,23).

Es posible, que tratándose de procesos infecciosos, los microorganismos por si solos puedan ser causantes de la actividad uterina prematura, o bien, mediante la síntesis de citoquinas (21).

Sin embargo, no debemos olvidar que no todos los casos de trabajo de parto pretérmino tienen relación con infección, inflamación o ambas (3, 23).

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino se realizó por clínica en el 100% de los casos incluidos en el estudio.

Hay estudios que indican que las exploraciones cervicales de rutina identifican a algunas pacientes antes de que aparezcan los signos de trabajo de parto. Reportando una sensibilidad del 63% en las nulíparas y 53% en las múltiparas (5).

La ecografía endovaginal permite obtener una mejor definición y precisión de los cambios cervicales, antes del inicio del trabajo de parto. Reportando una longitud cervical normal de la semana 12 a la 36 de 4.0 más menos 1.2 cm. Las pacientes con riesgo muestran un acortamiento cervical por debajo de 3.0 cm, ensanchamiento del canal endocervical, adelgazamiento del tercio inferior del útero y protrusión de las membranas en el canal endocervical (5, 22,23).

Se ha sugerido la realización de un examen ultrasonográfico sistemático entre las 18 y 30 semanas de gestación para predecir la posibilidad de parto pretérmino.

La determinación de fibronectina fetal en las secreciones cervicovaginales, se usa como método de predicción del parto pretérmino. Se considera positiva cuando sus valores son mayores o iguales a 50 ng/ml, siendo su especificidad de 96-98% y la sensibilidad del 63%. Siendo estos valores similares a los reportados para la ultrasonografía endovaginal (10,23,24,25,26,27).

Existen marcadores indirectos de infección amniótica, tales como las interleucinas y se han utilizado para predecir la posibilidad de presentación de parto pretérmino. Estas determinaciones tienen una sensibilidad de 75% y especificidad de 97%. Otro indicador es la determinación de ACTH, la cual se eleva antes del inicio del trabajo de parto. Sin embargo, la necesidad de amniocentesis hace este método poco práctico desde el punto de vista clínico (10).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Amenaza de Parto Pretérmino está asociada a factores infecciosos principalmente y otros como paridad, edad materna, estado nutricional, actividad física, tabaquismo y patologías asociadas al embarazo que afectan directamente la morbilidad.

HIPOTESIS

Si se conocen los factores que se asocian a la Amenaza de Parto Pretérmino, entonces:

Un control prenatal adecuado identificará oportunamente y tratará estos factores, reduciendo la morbilidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Amenaza de Parto Pretérmino está asociada a factores infecciosos principalmente y otros como paridad, edad materna, estado nutricional, actividad física, tabaquismo y patologías asociadas al embarazo que afectan directamente la morbilidad.

HIPOTESIS

Si se conocen los factores que se asocian a la Amenaza de Parto Pretérmino, entonces:

Un control prenatal adecuado identificará oportunamente y tratará estos factores, reduciendo la morbilidad.

JUSTIFICACION

Considerando que el Hospital de la Mujer es un centro de atención a población abierta, la cual carece de recursos institucionales, sin control prenatal y que el trabajo de parto pretérmino complica en un 5-10% las gestaciones de acuerdo a la literatura y es la causa principal de morbimortalidad neonatal. Es importante para el binomio, identificar las causas asociadas para tratarlas oportunamente y disminuir el parto pretérmino.

OBJETIVO GENERAL

Conocer los factores asociados con mayor frecuencia a la Amenaza de Parto Pretérmino en el Hospital de la Mujer.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer la edad materna en que se presenta con mayor frecuencia la Amenaza de Parto Pretérmino.
2. Conocer el nivel socioeconómico.
3. Conocer el grado de escolaridad.
4. Conocer el estado civil.
5. Conocer su relación con la ocupación.
6. Conocer su relación con la presencia de toxicomanías.
7. Conocer su relación con la paridad.
8. Conocer la edad gestacional de mayor presentación.
9. Determinar la existencia de procesos infecciosos.
10. Conocer el agente etiológico más frecuentemente aislado.
11. Determinar el número de pacientes anémicas.
12. Determinar el número de pacientes con embarazo múltiple.
13. Determinar el número de pacientes con alteraciones en la inserción placentaria
14. Conocer la relación del control prenatal con la Amenaza de Parto Pretérmino.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo. Se revisaron expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino atendidas en el Hospital de la Mujer, en el período comprendido entre el 1º. de Enero al 31 de Diciembre de 1998.

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Pacientes con embarazos menores de 37 y mayores de 28 semanas de gestación por FUM y corroborado por USG.
2. Con presencia de datos clínicos de Amenaza de Parto Pretérmino.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Todas aquellos expedientes que no cumplan con los requisitos anteriormente mencionados. .

CRITERIOS DE ELIMINACION

1. Todos aquellos expedientes cuyas pacientes presentaron parto pretérmino.
2. Todos aquéllos cuyas pacientes presentaron ruptura pretérmino de membranas.
3. Todos aquéllos donde las pacientes egresaron de la Institución por alta voluntaria.
4. Todos aquéllos con presencia de óbito.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

Número de expediente

Edad de la paciente

Escolaridad

Estado civil

Ocupación

Nivel socioeconómico

Toxicomanías

Antecedentes ginecoobstétricos (gesta, para, aborto, cesárea)

Semanas de gestación

Resultado del examen general de orina, urocultivo, cervicovaginal

Concentración de hematocrito y hemoglobina

Patología asociada al embarazo

Control prenatal (número de consultas)

RESULTADOS

En el período de estudio se revisaron un total de 218 expedientes de pacientes del Hospital de la Mujer SS., con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino, ingresadas en el servicio de Embarazo de Alto Riesgo, excluyéndose 76, de las cuales 29 correspondían a embarazos menores de 28 semanas, 12 con embarazos mayores de 37 semanas, 21 por presentar parto pretérmino, 9 por la presencia de ruptura pretérmino de membranas y 5 por egreso hospitalario por alta voluntaria, cumpliendo con los requisitos de inclusión 142 pacientes (65.13%) constituyendo el universo de trabajo. Se encontraron los siguientes resultados:

1. La edad materna en que se presentó con mayor frecuencia la Amenaza de Parto Pretérmino fue de 20-24 años con 53 casos (37.32%), seguido del grupo de 25-29 años con 36 (25.71%) y en tercer lugar el grupo de 15-19 años con 33 casos lo que corresponde al 23.23%. Tabla y Figura 1.

EDAD MATERNA Y PARIDAD

EDAD	G I	G II	G III	G IV O MAS	TOTAL
15 - 19	22	7	4	0	33
20 - 24	12	24	12	5	53
25 - 29	7	7	10	12	36
30 - 34	1	1	10	4	16
35 O MAS	0	0	0	4	4
TOTAL	42	39	36	25	142

Tabla 1

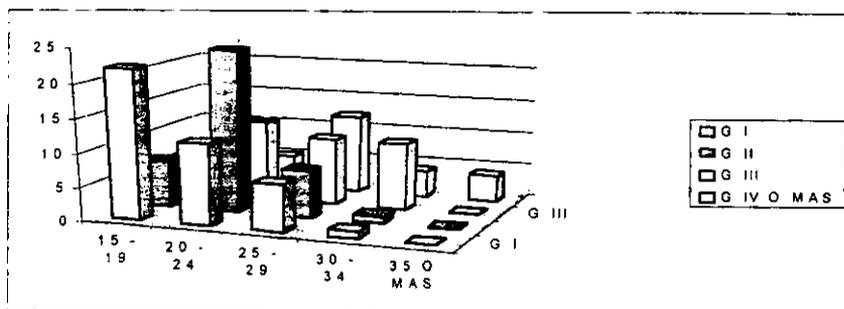


Figura 1

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER

2. El nivel socioeconómico predominante fue el bajo, manifestado por 107 pacientes, seguido del medio bajo con 35 casos, lo que corresponde al 75.36% y 24.64%, respectivamente. Tabla y Figura 2.

ESTADO SOCIOECONOMICO

NIVEL SOCIOECONOMICO	TOTAL	PORCENTAJE
MEDIOBAJO	35	24.64
BAJO	107	75.36

Tabla 2

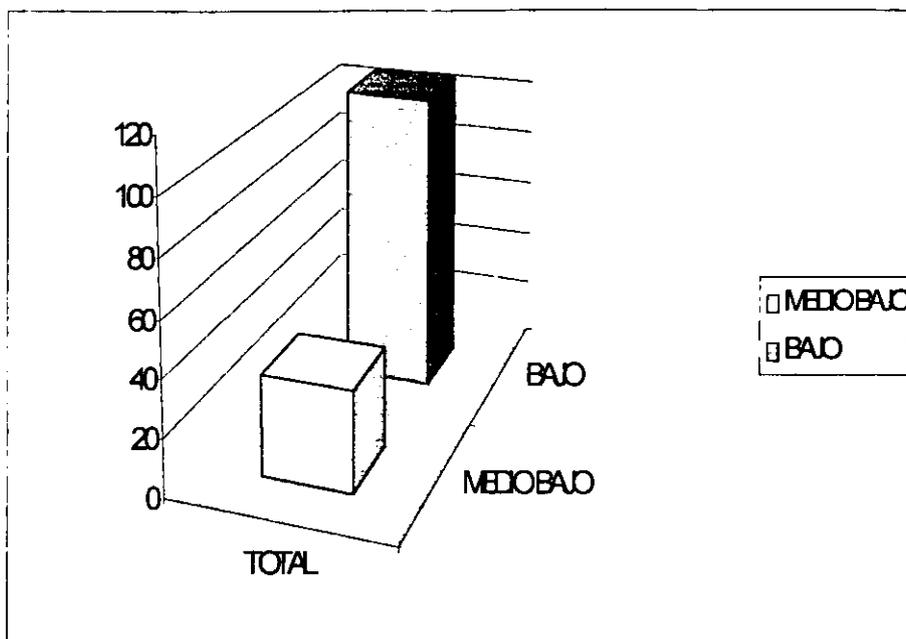


Figura 2

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER

3. El grado escolar referido por las pacientes y de acuerdo con el orden de frecuencia fue: secundaria completa 41(30%), primaria completa 40(28%), secundaria incompleta 17(12%), primaria incompleta 17(12%), preparatoria incompleta 12(8%), preparatoria completa 6(4%), analfabetas 6(4%) y licenciatura incompleta 3(2%). Tabla y Figura 3.

ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	TOTAL
ANALFABETA	6
PRIMARIA INCOMPLETA	17
PRIMARIA COMPLETA	40
SECUNDARIA INCOMPLETA	17
SECUNDARIA COMPLETA	41
PREPARATORIA INCOMPLETA	12
PREPARATORIA COMPLETA	6
LICENCIATURA INCOMPLETA	3
TOTAL	142

Tabla 3

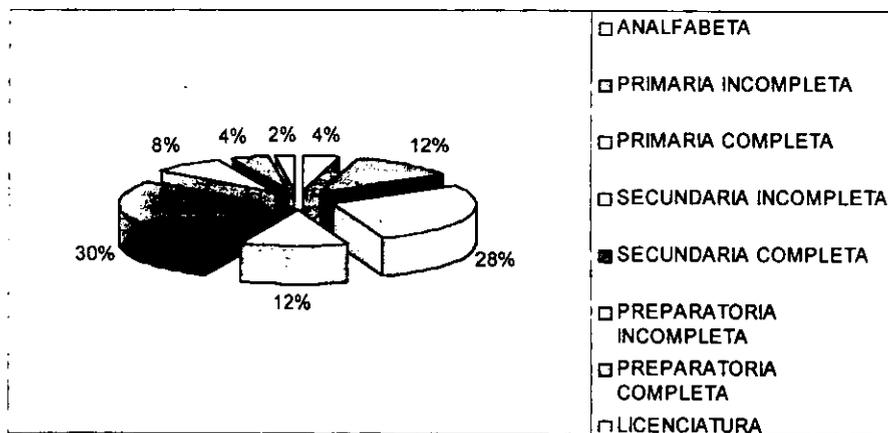


Figura 3

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER

4. El estado civil que prevaleció fue el de unión libre con 60 casos (43%), seguido de las pacientes que manifestaron estar casadas 60(42%) y por último las solteras con 21 casos (15%). Tabla y Figura 4.

ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	TOTAL
CASADA	60
UNION LIBRE	61
SOLTERA	21

Tabla 4

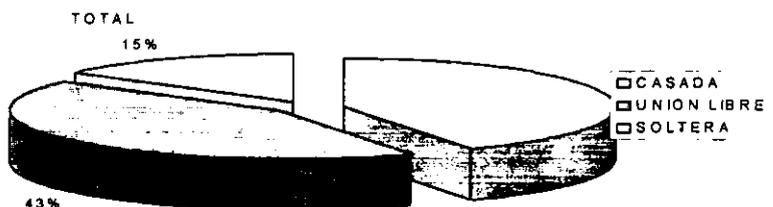


Figura 4

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER

5. El 95%(135 pacientes) de la población manifestó dedicarse a la realización de labores domésticas; el 3%(4 pacientes) realizaba algún trabajo remunerado fuera de su domicilio y el 2%(3 pacientes) eran estudiantes. Tabla y Figura 5.

OCUPACION

OCUPACION	TOTAL
AMA DE CASA	135
EMPLEADA	4
ESTUDIANTE	3

Tabla 5

OCUPACION

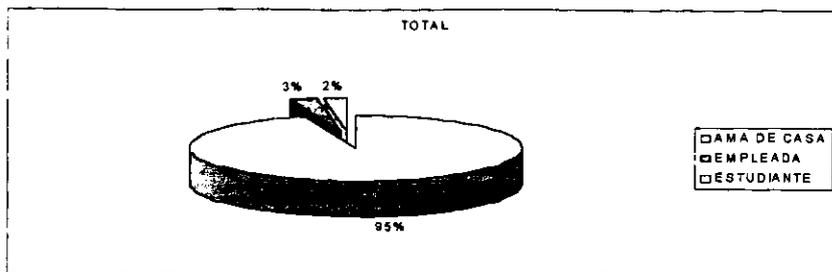


Figura 5

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER

6. Solo 4 pacientes manifestaron tener alguna toxicomanía, 2(1.4%) con tabaquismo, 1(0.7%) con alcoholismo y 1(0.7%) con el uso de inhalantes. Tabla y Figura 6.

TOXICOMANIAS

TOXICOMANIA	TOTAL	PORCENTAJE
TABAQUISMO	2	1.4
ALCOHOLISMO	1	0.7
INHALANTES	1	0.7
NEGADA	138	97.2

Tabla 6

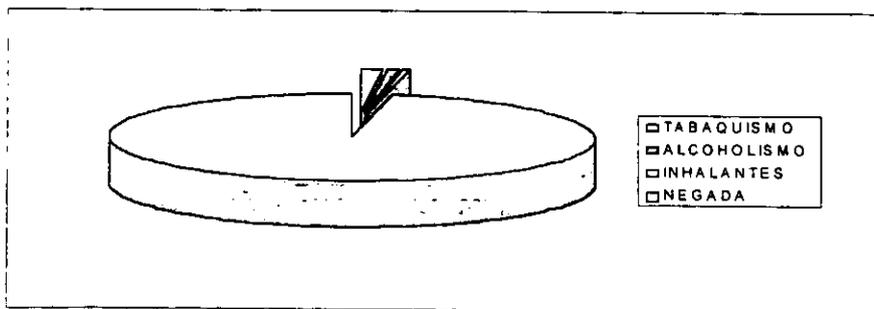


Figura 6

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER

7. Con relación al número de gestaciones, durante el estudio se encontraron 42 primigestas, 39 secundigestas, 36 trigestas y 25 multigestas. Tabla y Figura 1.
8. En lo que respecta a la edad gestacional de presentación de la Amenaza de Parto Pretérmino, se observó una mayor frecuencia entre las 32-36 semanas con 84 casos, lo que corresponde al 59% y 58 casos (41%) entre las 28-32 semanas. Tabla y Figura 7.

EDAD GESTACIONAL E INCIDENCIA

SEMANAS DE GESTACION	TOTAL
28 - 32	58
32 - 36	84

Tabla 7

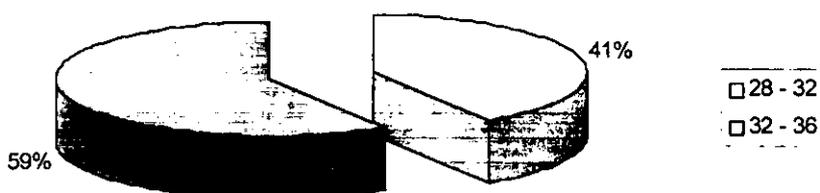


Figura 7

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER

9. En el 90.84% de la población se observó la existencia de algún proceso infeccioso, predominando la infección en el tracto urinario en 82(57%) pacientes, infecciones mixtas (IVU + Cervicovaginitis) en 32(22.53%) y cervicovaginitis en 15(10.56%). En 13(9.15%) pacientes no se identificó alguna infección. Tabla y Figura 8.

INFECCIONES ASOCIADAS AL EMBARAZO

PATOLOGIA	TOTAL
INFECCION DE VIAS URINARIAS	82
I.V.U. + CERVICOVAGINITIS	32
CERVICOVAGINITIS	15
SIN PROCESO INFECCIOSO	13

Tabla 8

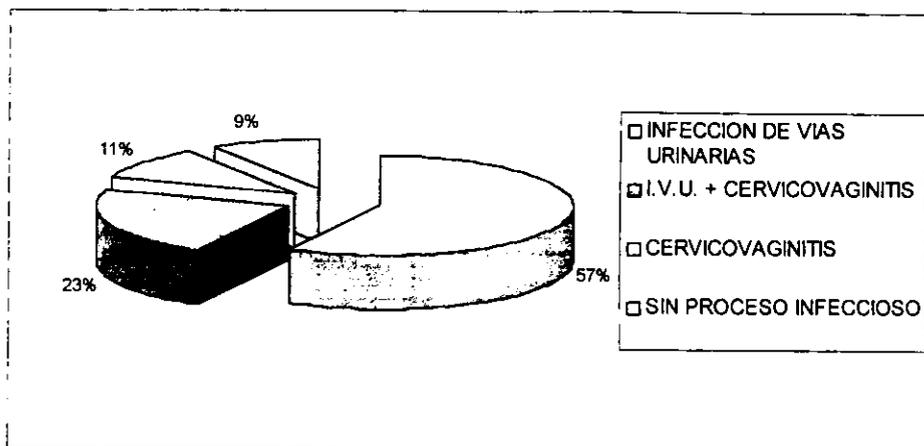


Figura 8

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER

10. De la población de estudio, se realizaron únicamente 138 exámenes generales de orina, con resultados positivos en 114(83%) y 24(17%) negativos. Así, se realizaron 46 urocultivos, con resultados positivos en 35(76%) y negativos en 11(24%); se aisló *E. coli* y *Staphylococcus sp* en el 90% de los casos y

Streptococcus sp en el 10% restante. También se realizaron 20 cultivos de secreciones cervicovaginales, con resultados positivos en 10(50%) aislando *Trichomonas vaginalis* y *Candida sp*. Tablas y Figuras 9, 10 y 11.

EXAMEN GENERAL DE ORINA

E.G.O.	TOTAL
POSITIVOS	114
NEGATIVOS	24
TOTAL	138

Tabla 9

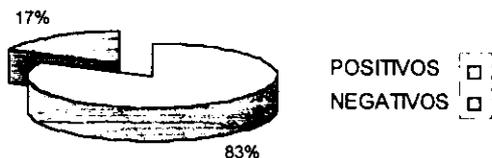


Figura 9

UROCULTIVO

UROCULTIVO	TOTAL
POSITIVO	35
NEGATIVO	11
TOTAL	46

Tabla 10

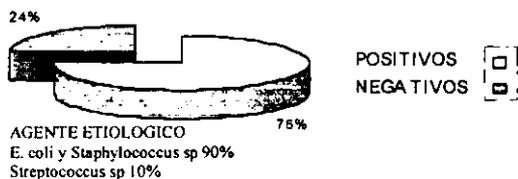


Figura 10

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER

EXUDADO CERVICOVAGINAL

	TOTAL
POSITIVOS	10
NEGATIVOS	10
TOTAL	20

Tabla 11

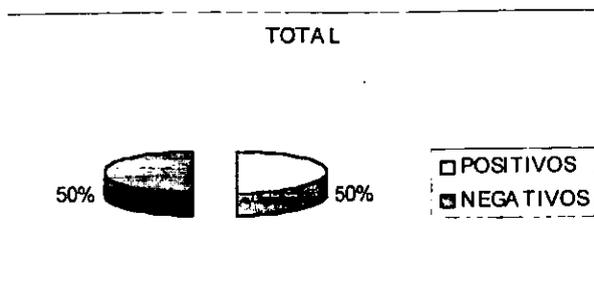


Figura 11

AGENTE ETIOLOGICO AISLADO:

Trichomona vaginalis
Candida sp.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER

11. Se observó que el 45.77%(65 pacientes) de la población de estudio tenía cifras de hemoglobina por debajo de 11 g/dl. Tabla y Figura 12.
12. Se encontraron 10(7.04%) casos de embarazo múltiple como condición asociada a la Amenaza de Parto Pretérmino. Tabla y Figura 12.
13. Se encontró en la revisión 7(4.92%) pacientes con alteraciones en la inserción placentaria, corroborada por ultrasonografía. Tabla y Figura 12.

PATOLOGIA ASOCIADA AL EMBARAZO

PATOLOGIA	TOTAL
ANEMIA	65
EMBARAZO MULTIPLE	10
ALTERACIONES DE INSERCIÓN PLACENTARIA	7

Tabla 12

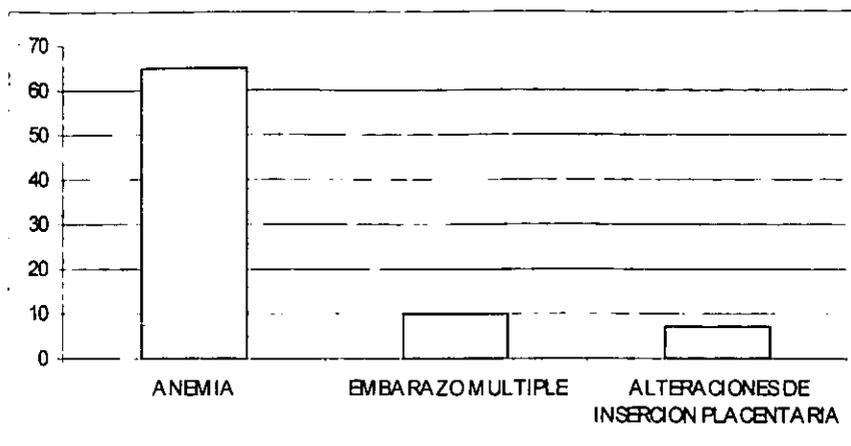


Figura 12

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER

14. Con relación al control prenatal, el 65% de la población estudiada refirió haber asistido a menos de 4 consultas antes de su hospitalización y solo el 35% había recibido 5 consultas o más. Tabla y Figura 13.

CONTROL PRENATAL

CONTROL PRENATAL	TOTAL
MENOS DE 4 CONSULTAS	92
MAS DE 5 CONSULTAS	50
TOTAL	142

Tabla 13



Figura 13

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER.

DISCUSION

1. Con relación al grupo de edad, observamos que el más afectado es de 20-24 años, correspondiendo al 37.32% del total. Considerando a estas pacientes muy jóvenes; de acuerdo a la literatura el mayor número de eventos se presenta en los extremos de la vida reproductiva, en mujeres mayores de 35 años o menores de 20 años(2,5,6,10).
2. El nivel socioeconómico predominante fue el bajo con 107 pacientes que corresponde al 75.36% del universo, el 2do. lugar a aquéllas que referían pertenecer a un nivel medio bajo con 35 pacientes (26.64%). Condiciones que hacen más susceptibles a las pacientes de presentar trabajo de parto pretérmino, por carecer de protección social y deficientes hábitos alimenticios.
3. Se encontraron 41 pacientes con secundaria completa, 40 con primaria completa, 17 con primaria incompleta, lo que corresponde al 30, 28 y 12% respectivamente, corroborando la relación que existe entre un bajo nivel cultural o escolar y el incremento en la incidencia de trabajo de parto pretérmino.
4. Con relación al estado civil, se encontraron 41(30%) pacientes que manifestaron vivir en unión libre, 40(28%) casadas y 21(12%) solteras. Aparentemente sin observar diferencias entre las casadas y en unión libre. Sin embargo, tendríamos que considerar si las pacientes que viven en unión libre, gozan de estabilidad emocional y económica, condiciones que se ven afectadas en aquéllas que se refieren solteras y que se conoce de acuerdo a lo referido en la literatura, presentan tasas mayores de parto pretérmino (2,3,5,6,10).
5. El 95% de las mujeres del estudio referían dedicarse a labores del hogar. Se sabe que aquéllas que realizan actividades extenuantes, permanecen varias horas de pie o bien están sometidas a estrés constante, presentan una mayor

incidencia de trabajo de parto pretérmino. El ser ama de casa, no significa que no se realice gran actividad física, por lo que se tendría que reconsiderar esta ocupación dentro de los factores de riesgo.

6. Afortunadamente solo en el 2.8% de la población de estudio se encontró alguna toxicomanía (2 pacientes con tabaquismo, 1 con alcoholismo y 1 con inhalantes). Se sabe que la incidencia de trabajo de parto pretérmino se relaciona con estos hábitos y es directamente proporcional a la intensidad de los mismos (11).
7. Con relación a la paridad, en las primigestas se encontró el mayor número de eventos (29.57%). Además, se observó que 22 pacientes eran menores de 19 años (52.38%). Ambos factores de riesgo importantes para desencadenar trabajo de parto pretérmino.
8. En el 59% de los casos la Amenaza de Parto Pretérmino se presentó entre las 32 y 36 semanas de gestación. De acuerdo con la literatura el 70% de los partos pretérmino se presenta en esta edad gestacional (10).
9. Con relación a los procesos infecciosos que se asocian al embarazo y trabajo de parto pretérmino, se observó que el 57.74%(82) de las pacientes cursaban con infección de vías urinarias durante su hospitalización, 23% (32) con infección mixta (infección de vías urinarias y cervicovaginitis), 11% (15) con cervicovaginitis y en el 9%(13) no se logró identificar patología infecciosa. Cifras mucho mayores a las reportadas en la literatura, donde se hace referencia de un 5-10% de infecciones del tracto urinario con trabajo de parto pretérmino(7,10,16). Pudiendo atribuir esta discrepancia al tipo de pacientes que maneja la Institución.
10. De las 142 pacientes, solo se realizaron 46 urocultivos, reportándose positivos 35; siendo el agente etiológico aislado en el 90% de los casos E. coli y Staphylococo coagulasa negativo, en el 10% restante se encontró

Streptococcus sp. También se realizaron 20 cervicovaginales, siendo positivos 10 para *Trichomonas* y *Candida* sp. Acorde con la literatura, los agentes etiológicos aislados con mayor frecuencia corresponden a gramnegativos, encontrando *E. coli* en un 85% (7,10).

11. Con relación a la patología asociada al embarazo, se encontraron 65 pacientes con reportes de hemoglobina menores de 11 gr/dl, lo que corresponde al 45.77% de la población en estudio. Existen reportes de la relación entre anemia y trabajo de parto pretérmino, siendo mayor cuando las cifras de hemoglobina se encuentran por debajo de 9.0 gr/dl (7,10).
12. Se encontraron 10 pacientes con embarazo gemelar, correspondiendo al 7.0% del universo de estudio. Es bien conocido que el embarazo gemelar, por si solo es capaz de desencadenar el trabajo de parto pretérmino y que el 50% de éstos terminan antes de las 37 semanas de gestación (2,3,10).
13. Se encontraron 7 pacientes con embarazos complicados con inserción baja de placenta, lo que corresponde al 4.92% de la muestra de estudio. Se menciona en la literatura que aproximadamente el 25% de las pacientes con inserciones anómalas de placenta cursan en algún momento de la gestación con trabajo de parto pretérmino (2,3,5,10).
14. Con relación al control prenatal, se observó que el 64.78% (92 pacientes) no tenían control prenatal o bien era deficiente. Siendo este la piedra angular para la detección de los factores de riesgo de esta patología.

CONCLUSIONES

1. La Amenaza de Parto Pretérmino se presentó en un 37.32% de las mujeres de 20-24 años atendidas en el Hospital de la Mujer. Siendo este grupo el más vulnerable, se debe hacer mayor énfasis en el control prenatal temprano y regular.
2. El nivel socioeconómico prevalente fue el bajo con un 75.36%, consideramos importante por esta situación, hacer del conocimiento de la población la existencia de métodos anticonceptivos e invitarlas al uso de éstos, con la finalidad de que ofrezcan a sus descendientes una mejor calidad de vida.
3. El grado escolar referido en un 30% fue el de secundaria incompleta, observando que la falta de preparación hace más susceptible a nuestra población de complicaciones durante el embarazo, por la carencia de información con relación a la necesidad de una atención integral durante la gestación.
4. En nuestro grupo de estudio la unión libre es el estado predominante con un 43%, suponemos que esta condición afecta la estructura biopsicosocial de nuestras mujeres y por ende la evolución del embarazo.
5. Encontramos que el 95% de nuestra población de estudio se dedica a la realización de labores domésticas, siendo evidente que la actividad física realizada en exceso complica el curso natural del embarazo.
6. Afortunadamente solo el 2.8% de las mujeres atendidas por Amenaza de Parto Pretérmino refirieron alguna toxicomanía. Sin embargo, debemos de invitar a todas nuestras mujeres embarazadas a que se abstengan de la práctica de hábitos nocivos para el binomio.

7. El 29.57% de nuestra población eran primigestas y por lo menos la mitad menores de 20 años de edad. Es importante dar mayor difusión en educación sexual en los adolescentes con la finalidad de retrasar la edad del primer embarazo.
8. De acuerdo a lo descrito en la literatura y lo encontrado en el estudio, la edad gestacional de mayor presentación del parto pretérmino es de 32-36 semanas de embarazo.
9. Los procesos infecciosos continúan siendo factores de riesgo importantes para la presencia de parto pretérmino, en este estudio estuvieron presentes en el 91% de la población, corresponde al personal médico la detección oportuna y tratamiento específico de estos desórdenes y a la embarazada acudir tempranamente a recibir atención.
10. El 90% de los urocultivos realizados resultaron positivos para E. coli y Staphylococo coagulasa negativo. El 50% de los cervicovaginales lo fueron para Candida sp y Tricomonas. Se debe hacer mayor énfasis en las medidas higiénicas y forma en que deben llevarse a cabo.
11. En 45.77% de las pacientes presentaba algún grado de anemia. Debemos informar a nuestras mujeres de la importancia de llevar una alimentación balanceada antes y durante la gestación.
12. El 7.0% de nuestra población presentaba un embarazo gemelar, por lo que, es importante la detección temprana de esta situación para tomar las medidas preventivas necesarias con la finalidad de disminuir el trabajo de parto pretérmino.
13. Las inserciones anómalas de placenta condicionan por sí mismas trabajo de parto pretérmino, en el estudio se encontraron 7 pacientes con esta patología.

Es necesario llevar un control prenatal más estrecho ante estas complicaciones.

14. El 64.78% de nuestra población de estudio carecía de un control prenatal adecuado. No debemos olvidar que esta es la clave para la detección de múltiples patologías asociadas al embarazo, por lo que, debemos informar a las mujeres en edad reproductiva de la importancia de éste y de su inicio en forma temprana.

BIBLIOGRAFIA

- 1) INPer., Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología, 1994; N.O.3.
- 2) Kreasy KR., et al. Trabajo de Parto y Parto Pretérmino. Ed. Panamericana, 1ª ed., 1987; 425-54.
- 3) Iams DI. Trabajo de Parto Pretérmino. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 1988; 3:507-594.
- 4) Lockwood CI. Diagnóstico de Trabajo de Parto Pretérmino y Predicción del Parto Pretérmino. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 1995; 4:647-60.
- 5) Arias FMD. Trabajo de Parto Pretérmino. Ed. Mosby, 2ª. Ed. 1994; 71-100.
- 6) Cabrero RN. Parto Pretérmino. Ed. Masson, 1ª. Ed. 1996; 47-95.
- 7) Fiorelli RS. Anemias en el embarazo. Ed. Mc Graw-Hills Interamericana, 1ª. Ed. 1996; 109-117.
- 8) Serrano DLC. Ruptura prematura de membranas. Morbimortalidad materno fetal. Estudio comparativo. Revisión de un año del 1º. De Septiembre de 1997 al 31 de Agosto de 1998 en el Hospital de la Mujer. 1999; 1-17.
- 9) Nicholson W. Hospitalizations for preterm labor: economic burden and primary payors. *Obstetrics and Gynecology*. 1999; May:25.
- 10) Barrón BJ., et al. Nuevas perspectivas para un problema antiguo: El trabajo de parto pretérmino. *Ginecol. Obstet. Mex.* 1997; 65(8): 325-331.
- 11) Kyrkland-Blomberg NB., et al. Preterm birth and maternal smoking: Risk related to gestational and onset of delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 1998; 179(4):11050-55.
- 12) Hickey CA., et al. Low pregravid body mass index as a risk factor for preterm birth: variation by ethnic group. *Obstet and Gynecol.* 1997; 89:206-12.
- 13) Cooper RL., et al. The preterm prediction study. Maternal stress is associated with spontaneous preterm birth and less than thirty-five week's gestation. *Am J Obstet Gynecol.* 1996; 178:1286-92.

- 14)Wasser SK. Stress and reproductive failure: And evolutionary approach with applications to premature labor. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180:5272-4
- 15)Iams ID., et al. The preterm prediction study: recurrence risk of spontaneous preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;178:1035-40.
- 16)French JL., et al. Gestacional bleeding , bacterial vaginosis, and commun reproductive tract infections: risk for preterm birth and benefit of treatment. *Obstet Gynecol.* 1999;93:715-24.
- 17)Bocking AD., et al. New approaches to the diagnosis of preterm labor. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;80:5247-8.
- 18)Creasy RK., et al. Preterm birth prevention:Where we are? *Am J Obstet Gynecol.* 1999;168:1223-30.
- 19)Rudley DJ. Inmuoendocrinology of preterm labor: The link between corticotropin-releasing hormone and inflamation. *Am J Obstet Gynecol.*1999;180:5251-6.
- 20)Hueston WJ. Preterm contractions in community settings: I. Treatment of preterm contractions. *Obstet Gynecol.* 1998;92:38-42.
- 21)Hueston WJ. Preterm contractions in community setting: II. Predicting preterm birth in women with preterm contractions. *Obstet Gynecol.* 1998;92:43-6.
- 22)Taipale P., et al. Sonographic measurement of uterine cervix at 18-22 week's gestation and the risk of preterm delivery. *Obstet Gynecol.* 1998;92:902-7.
- 23)Rozenberg P., et al. Evaluating the risk of preterm delivery: A comparison of fetal fibronectin and transvaginal ultrasonographic measurement of cervical length. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;176:196-9.
- 24)Neuwirth S., et al. A protocol for prediction of preterm delivery . *Obstet Gynecol.* 1999;93(4):53-4.
- 25)Coleman MA., et al. Fetal fibronectin detection in preterm labor: Evaluation of a prototype bedside dipstick technique and cervical assessment. *Am J Obstet Gynecol;*1998:179:155-8.

- 26) Faron G., et al. Prediction of preterm delivery by fetal fibronectin. A meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 1998;92:153-8.
- 27) Meis PJ., et al. The preterm prediction study: risk factor for indicated preterm births. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;178:562-7.