

181

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO "ISSSTE"
H. G. "DR. GONZALO CASTAÑEDA"
ISSSTE. MEXICO, D. F.

"FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLOGICOS
ASOCIADO A PARTO PRETERMINO"

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A .

DRA. YUDIT A. VEGA MEDINA



ISSSTE

MEXICO, D. F., OCTUBRE 2003

1

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.

AGRADECIMIENTOS

A mi esposo

A ti gracias por tu apoyo incondicional, por los desvelos, por la ayuda constante, por compartir este importante ciclo de mi vida, por la enseñanza de amar y permitirme disfrutar de la vida juntos

A mi hijo

A mi pequeño gran tesoro, gracias por brindarle brillo y alegría a mi vida en todo momento

2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A mis padres

RITA Y FILLE

Gracias por darme la existencia,
por que la herencia otorgada se ha
incrementado y gracias una vez
más por la confianza

ANITA Y CARLOS

A ustedes gracias por su presencia
por la confianza, por el amor, por
la amistad que solo ustedes saben
dar. Los amo.
otra vez "mil gracias"

A mis hermanos

Por su apoyo moral constante

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recensional.
NOMBRE: JEA YUDIT AMPARO
VEGA MENDOZA
FECHA: 14-OCT-2003
FIRMA: JA

AUTORIZACION DE TESIS

Luis Bayardi

Dr. Luis Bayardi Ortiz Petricioli
Director del H.G. "Dr. Gonzalo Castañeda"

Martha

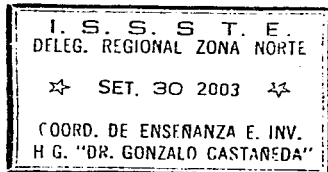
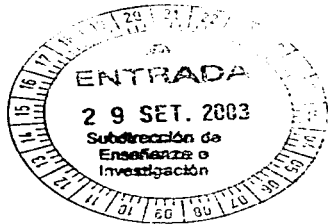
Dra. Martha Navarro León
Coordinador de enseñanza e investigación
H.G. "Dr. Gonzalo Castañeda"

Ángel

Dr. Ángel Jesús Aguirre Ortega
Coordinador de servicio Ginecología y obstetricia
H.G. "Dr. Gonzalo Castañeda"

Alfred

Dr. Alfredo Alaniz Sanchez
Prof. Titular de Ginecología y Obstetricia
H.G. "Dr. Gonzalo Castañeda"



BA

AUTORIZACIÓN

4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HOSPITAL GENERAL "DR. GONZALO CASTAÑEDA"

"I S S S T E"

"FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLOGICOS ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO"

INVESTIGADORES:

Investigador Responsable:

Dr. Alfredo Alaniz Sanchez.

Profesor Titular de Ginecología y Obstetricia.

Investigador Principal:

Dra. Yudit Amparo Medina Vega.

Residente de Ginecología y Obstetricia.

4º año.

SEDE.

Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda".

ISSSTE

Ginecología y Obstetricia.

México D. F.

Agosto, 2003

5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

Planteamiento del problema.....	2
Hipótesis.....	2
Antecedentes.....	3-8
Objetivos.....	9
Justificación.....	9
Material y métodos.....	10
Resultados.....	11-13
Discusión y comentario.....	14
Bibliografía.....	15-16

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los factores de riesgo que se asocian a parto pretérmino en las pacientes que se atienden en el Hospital "Dr. Gonzalo castañeda" ISSSTE?

De los factores de riesgo conocidos ¿cual es la fuerza de la asociación de los mismos?

HIPÓTESIS.

Factores de riesgo epidemiológico asociados a parto pretérmino.

Factores epidemiológicos no asociados a parto pretérmino

ANTECEDENTES

Todos los años nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños pretérmino, la mayor parte de estos nacimientos ocurren en países en desarrollo y contribuyen con la proporción mas extensa de la morbilidad y mortalidad perinatales que se registran anualmente entre el 75 - 90 % (1)

En los registros de salud publica, la cifra correspondiente a nacimientos pretérmino ha llegado hasta 78%. la informacion originada en países industrializados revela valores similares con nacimientos pretérmino que contribuyen de 59 a 83% de las muertes neonatales. En los nacimientos pretérmino son mucho mas frecuentes el síndrome de dificultad respiratoria, la enterocolitis necrotizante, la hemorragia intraventricular y las discapacidades a largo plazo, como la parálisis cerebral, la ceguera y la pérdida de la audición.

El parto pretérmino se define como el nacimiento antes de las 37 semanas de la gestación (SDG) o menos de 259 días desde el primer día del ultimo periodo menstrual antecedido por la presencia de un trabajo de parto regular, definido este cuando ocurre más de una contracción cada 10 minutos con una duración mayor de 30 segundos y que son capaces de producir modificaciones cervicales.

La asamblea nacional de salud de la liga de las naciones, definió a los prematuros como todo neonato cuyo peso al nacer fuera inferior a 2500 grs. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud en 1972 recomendó la no utilización del término prematuro y que en lugar de ello se clasificara a los recién nacidos en función de su peso al nacer y su edad gestacional, debido a que cuando se analizó la correlación entre la edad gestacional y peso al nacer se observó que cualquier neonato a término o pretérmino podía ser pequeño, adecuado, o grande para su edad gestacional. (2-3)

La morbilidad del síndrome de dificultad respiratoria (SDR) es de 3.3% a las 36 SDG y 0.4% a las 37SDG, el estudio clásico de Howie y Liggins encontraron una incidencia de SDR de 56% a las 30 - 32 SDG y un 12% de incidencia a las 32- 34 SDG. (4)

A las 32 SDG se encuentra una disminución de la persistencia del conducto arterioso 9,3% a las 32 SDG y 1.8% a las 33 SDG.

La hemorragia intraventricular grado 3-4 disminuyó rápidamente después de las 27 SDG y frecuentemente está ausente después de las 32 SDG.

Anderson y cols., estudiaron la asociación de hemorragia intraventricular en recién nacidos de peso inferior de 1500 grs. y varios sucesos durante el parto; la incidencia de hemorragia intraventricular y la progresión de la misma de grado I a grado III o IV está en relación con la fase activa del trabajo de parto más que con la evolución del trabajo de parto. (5)

Se ha visto que solo el 7.5 % de productos con peso menor a 1500 gr. superan este periodo sin complicaciones: síndrome de dificultad respiratoria, enterocolitis necrotizante, hiperbilirrubinemia, apnea del prematuro, sepsis neonatal o persistencia del conducto arterioso. (6)

Se ha visto que varios componentes de la dieta prenatal influyen sobre el crecimiento fetal, específicamente al aumentar la duración del embarazo, estos nutrientes incluyen la vitamina A, folatos, magnesio, calcio, ácidos grasos de cadena larga, hierro y zinc.

Sin embargo, no se ha dilucidado el papel de los micronutrientes en la prevención del parto pretérmino.

Tres revisiones sistemáticas sobre el tema indican que aunque hay resultados que sugieren la eficacia de una mayor ingesta de calcio durante el embarazo para prevenir el parto pretérmino, en ciertos grupos de pacientes con alto riesgo de hipertensión, todavía faltan investigaciones que validen esos resultados para que la intervención sea recomendable.

Tanto de la suplementación de zinc y magnesio no existe ninguna confirmación clara que avale su indicación rutinaria en función de prevenir el parto pretérmino.

La suplementación de hierro y folatos ha sido motivo de múltiples ensayos controlados, pero en muy pocos se ha medido el efecto sobre el parto pretérmino, solo en un estudio de una población bien nutrida se informa de los efectos de la suplementación con hierro en la incidencia de parto pretérmino y muestra una tendencia protectora.

En cambio el efecto de la suplementación de folatos sobre el parto pretérmino no mostró ningún efecto benéfico.

Otros factores relacionados a los nacimientos pretérmino son la incompetencia del cérvix y la amniotitis, lo que ocurre en el 75% de los partos pretérmino espontáneos (7-39).

La gestación múltiple, los sangrados del segundo trimestre de la gestación, y el antecedente obstétrico de uno o más nacimientos pretérmino espontáneo, son otros factores asociados.

En el caso de la gestación múltiple, se relaciona con aproximadamente un 30-50% de parto espontáneo antes de las 37 SDG. En un estudio predictivo de factores relacionados a nacimiento pretérmino, el embarazo múltiple se asoció a un 8.8% antes de las 32SDG, 32% antes de las 35SDG y el 54% antes de las 37SDG.

El alto porcentaje de nacimientos pretérmino por embarazo múltiple se relaciona a la sobredistensión uterina, en embarazos múltiples esta ocurre en un 30-40% debido a la presencia de polihidramnios. (10)

Las anomalías morfológicas de la placenta placenta circunvalada, placenta marginata, así como inserción marginal del cordón umbilical y placenta previa se asocian frecuentemente a parto pretérmino; las pacientes con abrupto placentae, representan muy posiblemente un subgrupo en el que el trabajo de parto pretérmino es el resultado de insuficiencia vascular placentaria. (11)

Las malformaciones congénitas del útero suponen el 1-3% de casos de parto pretérmino, siendo la malformación más importante el útero tabicado y bicorne, siendo causa de aborto espontáneo del 27%-29% y parto pretérmino hasta del 20%.

Se han informado que factores como el tabaquismo, factores socioeconómicos y étnicos, la desnutrición y el poco aumento de peso durante el embarazo, así como el consumo de drogas como la cocaína y el alcohol desempeñan papeles importantes en la incidencia y pronóstico de los lactantes con bajo peso al nacer, así como del nacimiento pretérmino. (12)

El antecedente de un parto pretérmino previo se correlaciona fuertemente con un trabajo pretérmino posterior. Las mujeres que presentan nacimientos en forma prematura no solo están expuestas al riesgo de recurrencia, sino que

además las evidencias recientes sugieren que este riesgo también puede ser transmitido a sus hijas.

La incidencia del parto pretérmino es de un 10-11% dependiendo de los factores de riesgo y el tipo de población estudiada.

Actualmente se reconoce que el parto pretérmino es un síndrome heterogéneo y que las estrategias para prevenirlo deben ser distintas de acuerdo a los subgrupos afectados.

Pfeffer y cols. en 1988 reportan una prevalencia del 9.8% de RPM de total de nacimientos en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) que ocupó en el año de 1986 el quinto lugar entre las causas de muerte fetal, se encontró que esta prevalencia era significativamente mayor en mujeres de más de 27 años con más de 6 gestaciones y que desarrollaban enfermedad hipertensiva gestacional.

En la actualidad, la frecuencia de la RPM en el total de embarazos es del 10%, en el caso de embarazos pretérmino oscila entre el 30-40%.

La etiología aun en la actualidad no se ha podido determinar con exactitud. Los factores que predisponen a esa alteración son: tabaquismo, multiparidad, cirugías cervicales previas coito, corioamniotitis (13)

DIAGNOSTICO

Se realiza en base a la historia clínica de los casos y apoyándose en el examen físico. Más del 40% del total de pacientes que desarrollan trabajo de parto pretérmino son nulíparas considerando que el mejor predictor de trabajo de parto pretérmino es un mal desarrollo reproductivo anterior junto con el antecedente de parto pretérmino previo.

El examen vaginal periódico, podría ser útil para identificar precozmente el trabajo de parto en embarazos pretérmino, sin embargo esta práctica tiene poco valor predictivo, una investigación llevada en 7 países europeos, no mostró ningún beneficio de la incidencia de partos pretérminos o muertes perinatales.

El ultrasonido permite identificar el oligohidramnios, así como la presencia de algunas malformaciones fetales. Además, se ha propuesto la medición ecografía de la dilatación y borramiento del cuello como una forma de evitar la subjetividad inherente al examen vaginal, cuando el cérvix fue menor de 3cms de longitud el 100% de las mujeres tuvieron parto pretérmino. La dilatación cervical de 2cms o más y el borramiento del 50% o más, fueron predictivos de un nacimiento pretérmino en el 62% y 83% de los casos respectivamente. (15)

La fibronectina es una glucoproteína presente en el líquido amniótico, la placenta y la decidua, que puede liberarse en el flujo cervical o vaginal por un daño mecánico o debido a inflamación de las membranas amnióticas. Un estudio de Lockwood et al., mostró que en el grupo de embarazadas con una prueba de fibronectina positiva, el 83% tuvieron un parto pretérmino en comparación con un 19% de las mujeres con resultados negativos, cuando esa prueba se utiliza como tamizaje entre las 24 y 36 SDG en pacientes asintomáticas, su capacidad predictiva no es clara. Así los resultados indican que la fibronectina tiene un valor limitado para predecir parto pretérmino. (16)

MANEJO

Actualmente se conoce que el parto pretermino es un síndrome heterogéneo y que las estrategias para prevenirlo deben ser distintas de acuerdo a los subgrupos afectados. El parto pretermino podría tratarse entre 37 y 75%, mas de la mitad inicia después de las 35 semanas y no sería objeto de intervención en consecuencia el 21 y el 28% de los casos tratables podrían beneficiarse de una intervención oportuna. En múltiples investigaciones se refiere a estas intervenciones como factores de riesgo y detección precoz de parto pretermino, tratamiento de amenaza de parto pretermino y morbilidad mortalidad neonatal, evaluando recomendaciones para la practica clinica y la salud publica, así como sugerir áreas que requieran investigación (18)

Con objeto de prevenir los nacimientos pretermino, se ha intentado identificar las embarazadas de alto riesgo de parto pretermino, como el sistema de puntuación de Papiernik y modificado por Creasy (1980) (16). Con este sistema se asignan puntajes de uno a diez a una variedad de factores del embarazo entre ellos: el nivel socioeconomico, antecedentes reproductivos los habitos diarios y las complicaciones del embarazo actual, mujeres con puntaje mayor de diez estan expuestas a un alto riesgo de parto pretérmino (19)

Un simple método basado en un analisis retrospectivo de más de 7000 pacientes (Holbrook et al, 1989) clasifican a factores de riesgo de parto pretermino mayores y menores. Los estudios prospectivos de los sistemas de evaluación de riesgo para parto pretermino han revelado valor predictivo positivo de 15-30% y sensibilidad de 40 -80%

Se recomienda el uso de corticoesteroides después de las 28 semanas de gestación con la finalidad de brindar apoyo al producto para la maduración pulmonar (20)

El cerclaje cervical se utiliza en casos de sospecha de incompetencia istmico-cervical, los resultados muestran que la intervención solo disminuye la incidencia de parto pretermino en mujeres con antecedentes de tres o mas partos preterminos y que se asocia con una frecuencia aumentada de hospitalización, infección, uso de agentes tocoliticos, inducción del parto y operación cesárea.

Se han referido programas de instrucción para embarazadas y su familia en donde se le enseña a reconocer las contracciones uterinas y la importancia del diagnostico precoz, otra estrategia consiste en el registro de las contracciones uterinas en hogar por medio de un tocodynamometro y la transferencia telefónica de la información a un centro de salud. (21)

FACTORES DE RIESGO MAYORES Y MENORES EN LA PREDICCIÓN DE PARTO PRETERMINO.

FACTORES DE RIESGO ELEVADO.

Gestación múltiple.
Exposición a dietilestilbestrol.
Hidramnios.
Anomalía uterina.
Dilatación cervical de más de 1 cm. a las 32 SDG
Cervix corto < 1 cm a las 32 SDG.
Aborto del 2 trimestre repetitivo.
Parto pretermino previo.
Cirugía abdominal durante el embarazo
Historia de conización cervical.
Irritabilidad uterina.
Abuso de cocaína.

FACTORES DE RIESGO MENOR.

Fiebre
Sangrado después de las 12 SDG
Historia de pielonefritis.
Fumar más de 10 cigarrillos por día.
Aborto del 2 trimestre.
Más de dos abortos del 1 trimestre.

En el estudio de la colaboración Cochrane, estos sistemas de puntuación mostraron baja sensibilidad (menor del 50%) y valores predictivos positivos entre 17 y 34%, finalmente no se cuenta con pruebas fiables de que la atención especial basada en factores de riesgo sea efectiva. (22-23)

PARTO PRETERMINO INDICADO POR PATOLOGÍA OBSTETRICA

El parto pretérmino indicado es secundario a patología materna y obstétrica que pone a la madre y el feto en riesgo de morbilidad y mortalidad. (6) Estos nacimientos pretérmino indicados tienen una frecuencia de un 20- 30 % antes de las 37 semanas de gestación.

Meis y cols (1998) analizaron datos del Instituto Nacional de Desarrollo y Salud en Niños de los Estados Unidos de América (NICHD), en el que identificaron las siguientes causas asociadas a parto pretérmino indicado:

Preeclampsia	42.5%
Sufrimiento fetal	26.7%
RCIU	10%.
Desprendimiento prematuro de placenta	6.7%
Muerte fetal	6.7%.

La proteinuria materna, la hipertensión crónica, anormalidades de la fusión de los conductos müllerianos, hospitalización por trabajo de parto pretérmino, nacimiento pretérmino previo, edad materna, nuliparidad y la enfermedad pulmonar materna, fueron significativamente asociados a parto pretérmino indicado. (24)

El uso de cocaína durante el embarazo tiene una incidencia de un 20% de nacimiento pretérmino siendo esta asociación hasta de un 50% en diferentes estudios. El embarazo complicado por hipertiroidismo, enfermedad cardíaca, colestasis intrahepática, hepatitis, apendicitis, pielonefritis y anemia puede incrementar el riesgo, pero la magnitud del riesgo no está clara. (25)

La prevención de parto pretérmino indicado depende del reconocimiento, y reducción de la patología médica y obstétrica materna, así como de la incidencia de factores epidemiológicos (área geográfica, factores culturales, prevalencia de hipertensión y/o diabetes uso de cocaína, etc...). (26-27)

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar los factores de riesgos para parto pretermino en un número de 80 pacientes en el hospital general Dr. Gonzalo Castañeda ISSSTE.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar el riesgo epidemiológico en pacientes con embarazo pretermino
- Identificar la frecuencia de alternaciones maternas en pacientes con embarazos preterminos
- Determinar la frecuencia de los niveles socioeconómicos en el grupo de estudio
- Determinar la fuerza de asociación de cada uno de los factores propuestos y la parto pretermino

JUSTIFICACIÓN.

En el Hospital General "Dr. Gonzalo castañeda" el parto pretermino es la causa número 5 de demanda de atención. Además de los observado en la consulta vale la pena destacar que son pacientes con características particulares como, manejo inadecuado o inoportuno de infecciones de vías urinarias y cervicovaginales, añosas, fumadoras crónicas, entre otros, y que contribuye de manera importante a que se presente en forma significativa ingreso de las pacientes a la Unidad tocoquirurgica y a la morbi-mortalidad neonatal.

La identificación de los factores asociados a parto pretermino permitirá establecer medidas preventivas en la población de riesgo, con objeto de limitar la morbimortalidad asociada a dicho padecimiento.

MATERIAL Y METODOS.

El estudio se realizo en el Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" (SSSTE) mediante revisión retrospectiva de expedientes clínicos identificados en la base de datos de la división de obstetricia de pacientes atendidas en las áreas de Ginecología y obstetricia.

Las pacientes incluidas tenían diagnostico de embarazo entre 28 – 36 SDG las cuales cursaban con amenaza de parto pretermo y se analizaban los factores de riesgo involucrados.

Se estudiaron en total 150 expedientes de pacientes de diferentes edades de los cuales solo 73 se incluyeron en en el estudio, 77 fueron excluidos por información incompleta o por que se resolvió al embarazo en forma inmediata.

Se estudiaron las siguientes variables edad materna, edad gestacional, infecciones genitourinarias, enfermedades maternas previas, enfermedad que complican el embarazo (diabetes gestacional, preeclampsia, placenta previa), nivel socio-económico, feto único o múltiple, antecedentes obstétricos, ocupación, peso, número de parejas sexuales, así como datos de laboratorio.

El análisis estadístico mediante medidas de tendencia central.

RESULTADOS

Todas las pacientes estudiadas habian tenido centron prenatal por lo menos dos consultas previas en el momento del diagnostico de amenaza de parto pretermino lo que correspondió a un 100%.

Las pacientes se atendieron el servicio de urgencias de Ginecología y el servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda". Los rangos de edad correspondieron de 25 a 40 años, con una media de 32 años, correspondiendo al 26% a edad materna avanzada (edad entre 36 y 40 años).

En relación a parto pretermino y edad materna se encontró mayor asociación en las semanas 32 y 34 SDG, correspondiendo el 13.6% en la 32 SDG, 36.9% para las 33 SDG y 17.8% para las 34 SDG y 9.5% en la 31 SDG. En cuanto a los antecedentes obstétricos, un gran porcentaje tuvieron como antecedente de una cesárea o aborto, aquellas que tuvieron 1 cesárea previa que correspondió aun 33% y aborto 40.7%. El tabaquismo positivo correspondió un 43.8% de las cuales fumaban 2.5 cigarrillos (30%) y mas de 5 cigarros 13.8%.

Las infecciones genitourinarias reflejaron una asociación con amenaza de parto pretermino importante ya que el 86% se encontró con algún proceso infeccioso relacionado; correspondiendo aun 30.3% aquellas en las que solo presentaban infección de vias urinarias y un 20.5% solo cervicovaginitis y 27.3% aquellas que cursaban con ambas.

Del total de pacientes 75.3%, eran madres trabajadoras con horarios minimos de 8 horas lo que se considero como factor relacionado a parto pretermino en forma importante. Con respecto al peso, la obesidad correspondió a 3 pacientes que correspondia al 4.1% y 6 pts en sobrepeso que correspondió al 8.2%.

Las enfermedades materna que complicaron el embarazo el 54.5% correspondió a diabetes gestacional (DMG) asociada en 6 pacientes y para preeclamsia y placenta previa correspondió al 8%. Las enfermedad maternas previas se presentaron el 25 pacientes, de las cuales el 60% tenían antecedente de parto pretermino: 20% miomatosis uterina, diabetes tipo 2 e hipertensión arterial correspondió al 4.1% y solo una paciente tenia diagnóstico de Lupus Eritematoso Generalizado.

El número de parejas sexuales 65.7% de los pacientes habian tenido 2 parejas sexuales y lo 10.9% 3 parejas sexuales y 5.4% mas de 4 parejas sexuales. Además se detecto en 1 paciente un producto de alto riesgo por producto de violación.

En 3 pacientes se detecto por laboratorio, síndrome anémico, no considerado clinicamente. En el 94.5% de las gestantes eran productos únicos y gemelar en un 5.4%. Todas las pacientes tenían alimentación adecuada y de nivel socio-económico medio

HOJA DE RESULTADOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EDAD MATERNA							EDAD GESTACIONAL									FORM OBSTETRICA			
EDAD	17-20	21-25	26-30	31-35	36-40	+40	28	29	30	31	32	33	34	35	36	P	C	A	E E
TOTAL	0	5	17	27	19	5	7	5	1	7	10	27	13	2	1	13	18	22	1
%	0	6.8	23.2	36.9	26	6.8	9.5	6.8		9.5	13.6	36.9	17.8			24	33	40.7	1.8

C. P		INFECC	
SI	NO	SI	NO
73	0	63	10
100	0	86.3	13.7

IVU	CV	CV /IVU	SIN INFECC	TIPO
28	15	20	10	TOTAL
30.3	20.5	27.3	13.6	%

12

FETO		ENF MATERIA PREVIA					ENF COMP EMB				APP	
UNICO	MULTIPLE	DM	HAS	LABORAT MATERIA	LUPUS	TIPO	DG	PS	OBITO	PPTS	SI	NO
69	4	1	3	5	1	TOTAL	6	2	1	2	15	
94.5	5.4	4	12	20	4	%	54.5	18	10	18	60	

	FUMADORA		NIVEL SOCIOECONOMICO			No CIGARROS			ALIMENTACION	
	SI	NO	BAJO	MEDIO	ALTO	1	2-5	+5	BUEN A	MALA
TOTAL	32	41	0	72	1				73	0
%	43.8	56.1	0	98.6	1.4	30	13	100	0	0

	OCUPACION		PESO					HOSPITALIZADA		PAREJAS SEXUALES			
	SI	NO	N	S P	O	SR	SI	NO	1	2	3	4	
TOTAL	55	18	40	6	3	24	32	41	13	48	8	4	
%	75.3	24.6	54.7	8.2	4.2	32.8	43.8	56.1	17.6	65.7	10.9	5.4	

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

13

DISCUSION Y COMENTARIO

El embarazo en los extremos de la vida se ha considera como factor de riesgo epidemiológico para amenaza de parto pretermino principalmente en mayores de 35 años de edad, fenómeno que se ha incrementado en los países desarrollados, por la incorporación creciente al trabajo y a la educación; nuestro país no se ha excluido de estas tendencia sociales. En nuestro estudio se observo que el 36.9 % de amenaza de parto pretermino se presento en el rango de edad de entre 31 y 35 años, y el 26% en edades de 36 a 40 años, lo que relaciona a mayor riesgo en edades avanzadas.

La literatura menciona la frecuencia con la que se presenta parto pretermino a partir de la semana 28 a 35 semanas de gestación, gran porcentaje de ellas cuenta con antecedente obstétrico de importancia, cesárea u aborto, asi como antecedente de la amenaza de parto pretermino en un embarazo previo. La amenaza de parto pretermino a las 33 semanas correspondió al 36.9%, fue el antecedente mas importante para desarrollarla. Así también el antecedente de cesarea previa (33%) y antecedente de aborto (40.7%) también se presenta en porcentajes elevado

Tabaquismo es otro factor epidemiológico asociado a amenaza de parto pretermino, el nivel socio-económico, alimentación y ocupación se encuentra con mayor asociación en relación al grupo étnico y cultural estudiado. En nuestro país las infecciones genitourinarias, son consideradas como factor de riesgo importante para desencadenar parto pretermino que se relaciono con el 30% que presentaron infección de vías urinarias, 20.5% para cervicovaginitis y combinación de ellas en un 27.3%.

El 60% de las pacientes contaban con antecedente de amenaza de parto pretermino o un parto pretermino en embarazos previos, lo que corrobora como un factor de riesgo epidemiológico de importancia para el desarrollo de la enfermedad.

Por lo consiguiente definimos que el parto pretermino en un síndrome heterogéneo, que para prevenirlo requiere de estrategias diferentes de acuerdo al subgrupo afectado, así como en nuestro hospital ha implementado defeción de fibronectina. Así también identificamos los factores de riesgo epidemiológicos que servirían para programas de instrucción de la embarazada y su familia, con el objeto de enseñarles en reconocimiento de la actividad uterina y la importancia del diagnóstico precoz, acudiendo a unidades de salud disminuyendo los costo de manera importante a estas instancias.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Villar J, Ezcurra EJ, Gurtner de la fuente V, Campodónico L. Pre-term delivery syndrome: the unmet need. Research & Clinical forums 1994; 16:9-33
- 2.- Fox MD, Albert JR, McCauld JF, Martin RW, McLaughlin BN, Morrison JC. Neonatal morbidity between 34 and 37 weeks gestation. J Perinatol 1993; 13:349-353
- 3.-Keirse MJNC. New perspectives of the effective treatment of preterm labor. Am J Obstet Gynecol 1995; 173:618-628.
- 4.-Lubchenko LO, Sesars BraieJV. Neonatal Mortality Rate. J pediatrics 1972; -81-114
- 5.-Grenner WE, Edelman DA, Henricks CH. A Standard of fetal growth for the united states Of America. Am J Obstet gynecol 126; 555 1976
- 6.-American academy pediatrics 1987, WHO (1969)
- 7.-Creasy Resnik. Medicina Maternal-fetal 4^{ta} Edition 1999 pp502 -511
- 8.-Clinicas obstetricas y ginecologicas volumen 3 1994 pp502
- 9.-Carroll Gduley G, Beizan JM, VillarJ. Calcium supplementation during pregnancy: a systematic review of randomized controlled trials. Br J Obstet Gynecol 1994; 101:753-758.
- 10.-Atallah AN, Hofmeyr GJ, DuleyL. Calcium supplementation during pregnancy to prevent hypertensive disors and related adverse outcomes. (Cochrane review)
- 11.-Sibal BM, Villar MA, Bary E. Magnesium supplementation during pregnancy: double-blind randomized controlled clinical trial. Am J Obstet Gynecol 1989; 161:115-119
- 12.-MahomedK. Zinc supplementation in pregnancy (cochrane review). En Oxford: The Cochrane library, issue 3, 1998 Update software
- 13.-Villar J, Gulmezoglu M, de Onis M. Nutritional and antimicrobial interventions to prevent preterm birth: an overview of randomized controlled trials. Obstet Gynecol survey 1998; 53:575-585.
- 14.-Mahomed K. routine iron supplementation during pregnancy (Cochrane review), issue 3, 1998 Update software
- 15.-Andersson GD, Baca HS, Sibal BM et al. relacion del trabajo de parto y curso del parto pretermino. Am J Obstet ginecol 1988; 158:1382-1390.
- 16.-Villagrana, Ortiz Ibarra, y cols. ruptura prematura de membranas el reto continua. INPer vol 10, N03 septiembre 1995 pp19-22
- 17.-Faron G, Bouvain M, Irion O, Bernard PM, Fraser WD. Prediction of preterm delivery bh fetal fibronectin. Meta-analysis. Obstet Gynecol 1998; 92:153-158.
- 18.-Hueston WJ, Knox MA, Eilers C, Pauwels J, Lonsdorf D. Education in the prevention of preterm birth. Obstet Gynecol 1995; 86:705-712.
- 19.-McLean M, Walters, WAW, Smith R. Prediccion and early diagnosis of preter labor: a critical review. Obstet Gynecol S urvey 1983; 48: 209-225.

- 20 - Dyson DC, Dambe KH, Bamber JA, et al. Monitoring woman at risk for preterm labor. *N Eng J Med* 1998; 338:15-19.
- 21 -papiernik E Kamiski M multifactorial study of prematurity at 32 weeks of gestation: A study for the frequency of of 30 predictive characteristics *J perinat Med* 2:30 ,1974.
- 22 -Athabe, Carroli y cols *Pan Am J J Public Health* 5-6 1999
- 23 -Buekens P AlexanderS, BoustenM Kaminski M Rejm and European community Collaborative Study group on Prenatal Screening. Randomised controlled trial on routine cervical examination in pregnancy. *Lancet*; 1994; 344 841-844
- 24 - Alexander S Keirse. *Formal risk scoring during pregnancy. Effective care in pregnancy and Childbirth* Oxford University Press 1989
- 25 -Arias MD Ph D embarazo de alto riesgo 1994 2Th pp 83 cap 4
- 26 - Hiller S, Nugent RP, Eschenbach DA, Krohn MA, Gibbs RS, Martin DH, Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low-birth weight infant. *N Eng J Med*. 1995; 333: 1737-1742.
- 27- Crowley P. Antenatal corticosteroid therapy. A meta-analysis of randomized trial. 1972 to 1994. *Am J Obstet Gynecol* 1995, 173 322-335.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN