

11217



**"INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL PARTO
PRETÉRMINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA
UNIDAD DE ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA
DE ALTO RIESGO DEL ISSSTEP EN EL PERIODO
2000-2001"**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE PUEBLA
ISSSTEP**

**HOSPITAL ÁNGELES MÉXICO
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA**

José Toribio Pineda Fernández
DR. JOSÉ TORIBIO PINEDA FERNÁNDEZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA:

Claudio F. Serviere Zaragoza
DR. CLAUDIO F. SERVIERE ZARAGOZA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO EN ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA:

Francisco Javier Borrajo Carvajal
DR. FRANCISCO JAVIER BORRAJO CARVAJAL
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO EN ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**ASESORES DE TESIS:
DR. SERGIO ALFONSO RUIZ AGUILAR
GINECO-OBSTETRA**

Sergio Alfonso Ruiz Aguilar

MÉXICO, D.F. 2004

HA
Hospital Angeles
MEXICO
División de Educación Médica
y de Investigación

HA
Hospital Angeles
MEXICO

**SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**HOSPITAL ÁNGELES MÉXICO
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE PUEBLA
ISSSTEP**

**"INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL
PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN A
LA MUJER EMBARAZADA DE ALTO RIESGO DEL
ISSSTEP EN EL PERIODO 2000-2001"**

TESIS DE ESPECIALIDAD

**QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

DR. FÉLIX VARGAS TEXCUCANO

ASESOR DE TESIS:

**DR. SERGIO ALFONSO RUIZ AGUILAR
GINECO-OBSTETRA**

MÉXICO, D.F. 2004



Hospital Angeles
MEXICO



DRA. DIANELLA ALMIRON ALVAREZ
DIRECTORA GENERAL

DR. ALFONSO AGUILAR GUERRERO
DIRECTOR MÉDICO

MÉXICO, D.F. 2004

ÍNDICE

PÁGINA	
I. RESUMEN	1
II. INTRODUCCIÓN	3
III. ANTECEDENTES	4
A. ANTECEDENTES GENERALES	4
B. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	8
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
V. OBJETIVOS	29
A. OBJETIVO GENERAL	29
B. OBJETIVOS PARTICULARES	29
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	30
VII. RESULTADOS	31
VIII. DISCUSIÓN	43
IX. CONCLUSIONES	48
X. REFERENCIAS	50

I.- RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue, determinar la incidencia y los factores asociados a parto pretérmino en pacientes atendidas en la Unidad de Atención a la Mujer Embarazada de Alto Riesgo del ISSSTEP, en el periodo 2000-2001.

Las características del estudio fueron: descriptivo, observacional, retrospectivo, retrolectivo y transversal.

La población participante en el estudio estuvo constituida por pacientes embarazadas con diagnóstico de parto pretérmino, atendidas en la Unidad de Atención a la Mujer Embarazada de Alto Riesgo del ISSSTEP.

Se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado de parto pretérmino, pacientes con expediente clínico completo, pacientes de cualquier edad y pacientes atendidas durante el periodo de estudio. Se excluyeron pacientes embarazadas con diagnóstico no confirmado de parto pretérmino, pacientes con expediente clínico incompleto y pacientes atendidas fuera del periodo de estudio. Los criterios de eliminación no se propusieron por el tipo de estudio.

El muestreo fue determinístico, la muestra estuvo constituida por todas las pacientes que reunieron los criterios de selección, quienes fueron incluidos en forma consecutiva, cuyo tamaño fue de 69 pacientes.

Las variables en estudio fueron: edad materna, estado civil, nivel socioeconómico, edad gestacional, numero de gestas, antecedentes de aborto, antecedentes de parto pretérmino y enfermedades concurrentes.

RESULTADOS Y MEDICIONES MÁS IMPORTANTES.

La tasa de incidencia fue de 3.9 X 100.

La edad materna más frecuente estuvo comprendida principalmente entre los 30 a 34 años, en el 42.03% de todos los casos (29 pacientes).

El estado civil más frecuente fue el de casada, con el 86.96% de los casos estudiados (60 pacientes).

El nivel socioeconómico predominante fue el medio, con el 84.06% de los casos (58 pacientes).

La edad gestacional más frecuente estuvo comprendida entre las 33 a 35 semanas, con el 46.38% de los casos (32 pacientes).

El número de gestas principalmente encontrado correspondió a dos, en el 39.13% de los casos estudiados (27 pacientes).

El antecedente de aborto fue referido en el 24.64% de los casos (17 pacientes).

El antecedente de parto pretérmino fue referido únicamente por el 2.90% de los casos (2 pacientes).

Las enfermedades concurrentes del embarazo estuvieron principalmente representadas por la infección de vías urinarias, en el 31.88% de los casos (22 pacientes) y la preeclampsia, en el 23.19% de los casos (16 pacientes).

II.- INTRODUCCIÓN

Parto pretérmino es el que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (OMS 1970-77), aunque la American Academy of Pediatrics Committee on the Fetus and Newborn (1976) ha utilizado 38 semanas como límite de diagnóstico superior.

El Parto pretérmino es la causa más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. Es esta entidad la responsable de la mayoría de los casos de muerte neonatal y cerca de la mitad de los casos de discapacidad neurológica y parálisis cerebral.

Se han planteado múltiples estrategias para intentar prevenir el parto pretérmino, que van desde índices basados en la epidemiología y los factores asociados, como el índice de Papiernik; hasta sofisticados métodos, como el uso liberal de la ecografía del cérvix y el cerclaje uterino.

El control prenatal permite identificar algunos factores asociados y estar atento ante la ocurrencia de este síndrome, permite además, modificar y alterar factores nocivos como el cigarrillo, las infecciones o déficits nutricionales.

III.- ANTECEDENTES

A. ANTECEDENTES GENERALES:

En términos generales, la frecuencia de parto pretérmino varía entre 5 y 10% de cualquier población obstétrica. Se calcula que cerca de 13 millones de seres humanos nacen prematuramente cada año en todo el mundo. Esta entidad es la causa más importante de mortalidad neonatal y puede ocasionar una elevada morbilidad en los productos que sobreviven, principalmente en los que tienen muy bajo peso al nacer (1).

En 1997, en los Estados Unidos de América, aproximadamente el 10% de 310,843 recién nacidos blancos y el 18% de 104,152 recién nacidos negros, fueron partos pretérmino, antes de completar las 37 semanas de gestación (2).

La gestación en la especie humana se prolonga durante 37 a 41 semanas: En este lapso acontecen las adaptaciones fisiológicas y bioquímicas que permiten autonomía al producto, una vez abandonado el seno materno. Sin embargo, en alrededor del 10 % de todos los embarazos la permanencia del producto in útero no alcanza el valor límite inferior de madurez, presentándose entonces el parto pretérmino. Nacer antes de tiempo implica muchos riesgos para el bebé debido a que determinados órganos y sistemas no completaron su madurez (1,2).

En la mayoría de las ocasiones la causa permanece desconocida, el antecedente de un evento previo está asociado con recurrencia de un 17 a 34%, otros factores relacionados son el uso de cocaína y tabaquismo por la madre y la

actividad física intensa, ruptura de membranas, malformaciones uterinas e incompetencia istmico-cervical, así como colonización cervical por diferentes microorganismos (3).

La vaginosis bacteriana se asocia con aumento en la frecuencia de pérdida de embarazo antes de las 22 semanas, así como con un incremento de tres a cuatro veces en la presentación de ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y endometritis. Por tal razón, se recomienda la búsqueda de esta patología durante el control prenatal del embarazo, principalmente cuando existe riesgo elevado de presentar parto pretérmino (4).

Por otra parte, se ha observado que la infección materna por *Chlamydia trachomatis* es más frecuente en pacientes que presentan trabajo de parto pretérmino; esto en relación con grupos control que no presentan dicha complicación obstétrica (5).

La infección materna por *Ureaplasma urealyticum*, puede ocasionar una invasión asintomática del líquido amniótico, hecho que ocurre principalmente en el segundo trimestre del embarazo. El *Ureaplasma*, en ocasiones asociado a *Mycoplasma hominis*, puede también incrementar la frecuencia de parto pretérmino (6).

La patología placentaria también es causa de parto pretérmino. Entre las lesiones informadas se menciona: la corioamnioitis, la vasculopatía, la necrosis fibrinoide y las alteraciones estructurales. Además de inducir actividad uterina, los

trastornos mencionados pueden tener efecto ominoso sobre el pronóstico del recién nacido. Esto último, debido a que la patología mencionada suele relacionarse con el inicio de hipertensión inducida por el embarazo, retardo en el crecimiento intrauterino y ruptura prematura de membranas (7).

El polihidramnios también es una causa bien conocida de aumento en la frecuencia de parto pretérmino. Se ha sugerido, que además de la distensión uterina, la causa del polihidramnios puede contribuir a la presentación de contracciones uterinas. Por ejemplo, la prematurez es más frecuente en pacientes diabéticas o con productos malformados que en aquellas que tienen otras causas del polihidramnios (8).

El embarazo múltiple continúa contribuyendo de manera importante en la presentación de este problema. El trabajo de parto pretérmino se observa de manera espontánea en más del 50% de los embarazos múltiples. Se ha informado además, que aproximadamente 12% de los partos antes del término tienen su origen en la gestación múltiple (9).

Como se sabe, las prostaglandinas son metabolitos del ácido araquidónico producidos por la acción de la enzima ciclooxigenasa. Existe una relación temporal y aparentemente causal entre la acumulación de prostaglandinas en el líquido amniótico y el inicio del trabajo de parto. Por otra parte, hay datos que indican que la producción de prostaglandinas por las membranas; es más alta en pacientes con trabajo de parto pretérmino y datos histológicos de corioamnioitis (10).

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. Otras variables asociadas son el bajo peso y la historia de abortos y óbitos previos. El bajo nivel socioeconómico y el tabaquismo, también se han relacionado al problema (11).

B. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS:

El parto pretérmino, se define como el inicio del trabajo de parto entre las semanas 28 a 37 de gestación y se constituye en la principal causa de morbimortalidad neonatal (1).

El parto pretérmino, en el área obstétrica, ha sido la patología más importante durante los últimos cuarenta años, permaneciendo sin cambio en lo referente al porcentaje acontecido año con año. Para los médicos el parto pretérmino representa una complicación de salud perinatal muy importante, ya que la prematurez es la causa principal de los problemas de salud, e incluso de mortalidad, después del parto. Sin embargo, el control prenatal y la intervención a tiempo del parto pretérmino a cargo de instituciones y profesionales especialmente preparados disminuye notoriamente los riesgos. Es el componente de más peso en las estadísticas de mortalidad perinatal, se calcula que alrededor del 50 o el 70 por ciento de las muertes neonatales se deben directa o indirectamente al parto pretérmino.

El neonato prematuro tiene una probabilidad 180 veces superior de morir que el feto a término. Además, la posibilidad de presentar lesiones residuales a corto y largo plazo también es mucho más frecuente (parálisis cerebral, retinopatía, displasia broncopulmonar, etc). La morbimortalidad es tanto mayor cuanto menor es la edad gestacional y cuanto menor es el peso en el momento del nacimiento. La supervivencia de los neonatos con pesos inferiores a 1000 grs y

edad cronológica inferior a las 30 semanas, es tan sólo del 50-60%, si bien los resultados dependen del centro asistencial (14).

Los costos en los cuidados médicos asociados a prematuridad no se limitan a el periodo perinatal sino reflejan las continuas desventajas de los recién nacidos a pretérmino, como: educación especial, repetición de grado en estudios, y otros cuidados de salud. A pesar de que ciertos factores de riesgo se asocian a parto pretérmino (por ejemplo: nivel socioeconómico, estrés, infección de vías urinarias, edad materna, vaginosis bacteriana, antecedente de parto pretérmino...), la predicción y el diagnóstico en la amenaza de parto pretérmino sigue siendo difícil. Además medicamentos eficaces se limitan a la terapia tocolítica para 24-48 horas en lo que se administra. glucocorticoides al producto (para acelerar la madurez pulmonar) antes de el nacimiento (15).

Existen muchas razones por las que no se ha podido disminuir la cifra de prematuridad en los últimos años, pero entre ellas las mas sobresalientes son los conocimientos incompletos del origen y fisiopatología del trabajo de parto pretérmino, ello ha hecho que se conceda importancia a factores sociales de prevención, ejemplificados por un método de detección sistemática de factores de riesgo demográficos u obstétricos seguido de enseñanza de los signos y síntomas de trabajo de parto pretérmino en las gestantes. Los resultados de dichos programas se han mezclado con los mejores pronósticos detectados en poblaciones socioeconómicas más altas. En términos generales la sensibilidad

(posibilidad de identificar exactamente a una paciente) en dichos sistemas es menor de 50% y el valor predictivo positivo de que una mujer de alto riesgo presente parto pretérmino ha sido de 15-30% (16).

Desde el punto de vista individual, la identificación y la intervención prenatales de los factores tradicionales de riesgo de la gestante han mejorado los resultados obstétricos y fetales globales, pero han disminuido en grado significativo la prevalencia de lactantes de muy bajo peso neonatal. Por todo lo comentado, si bien las reformas en el sistema asistencial y el mayor acceso a los servicios de atención prenatal han generado beneficios generales irrefutables, es hora de insistir en que la atención prenatal actual debe orientarse a la persona y su meta principal debe incluir la prevención de la prematuridad extrema. Hasta fecha reciente se observaba una tendencia general entre epidemiólogos, perinatólogos y obstetras a juntar, con fines estadísticos, los nacimientos pretérmino que se producían entre las 22 y las 36 semanas como si fueran todos parte del mismo proceso. Podría argüirse que este "error sistemático" ha debilitado el valor predictivo de algunos marcadores biológicos del trabajo de parto pretérmino y ha menoscabado los resultados de investigaciones con tocolíticos y antibióticos para evitar la prematuridad (17).

La asistencia tradicional del trabajo de parto pretérmino ha incluido el tratamiento con un solo tocolítico (por lo común sulfato de magnesio o un agonista beta). Sin embargo, la administración de un agonista beta adrenérgico no ha

tenido efecto significativo alguno en el peso neonatal, en la prolongación del embarazo hasta el término o en la mortalidad perinatal. No obstante, el uso de tocolíticos para prolongar varios días el embarazo está justificado para así utilizar corticoesteroides que aceleren la maduración pulmonar fetal o para que la madre sea transferida a una instalación de tercer nivel.

Las posibilidades de conseguir una prolongación significativa del embarazo en pacientes ingresadas en el hospital con contracciones uterinas regulares y modificaciones cervicales evidentes son limitadas. Además en una gran mayoría de los casos, la prolongación del embarazo no constituye una ventaja para el feto, ya que el trabajo de parto pretérmino es un mecanismo de defensa cuando el feto está amenazado por problemas como una infección o una insuficiencia placentaria (18).

ETIOPATOGENIA

Parto pretérmino es el resultado de tres entidades clínicas que se distribuyen aproximadamente en tercios cualquiera que sea el centro perinatal en que él se evalúe. Ellas son parto pretérmino idiopático, parto pretérmino resultante de rotura prematura de membranas (RPM), y parto pretérmino "iatrogénico", o que resulta de la interrupción médica prematura del embarazo por causa materna y/o fetal. Considerar la existencia de estos tres grupos es relevante porque tiene implicancias diagnósticas, pronósticas y terapéuticas.

Durante los últimos 5 años las investigaciones conducidas en el área de trabajo de parto pretérmino han modificado los conceptos tradicionales. Parto pretérmino se concibe hoy como un síndrome , es decir una condición causada por múltiples patologías, cuya expresión última y común denominador son las contracciones uterinas y dilatación cervical iniciadas antes de las 37 semanas de gestación. Evidencias clínicas, anatomopatológicas, microbiológicas, experimentales y bioquímicas han permitido identificar hasta hoy las siguientes causas: infección intraamniótica, isquemia útero-placentaria, malformaciones fetales, sobredistensión uterina, factores inmunológicos y stress.

Si bien, entonces, parto pretérmino puede ser el resultado del "gatillamiento" precoz de mecanismos fisiológicos, debe ser considerado en sí mismo un proceso patológico. En este sentido, las etiologías que hemos mencionado se encuentran, en su mayoría, en etapa de comprensión de los mecanismos fisiopatológicos involucrados, así como de la determinación de su prevalencia. Para el caso de infección, sin embargo, existe convincente evidencia de que ella juega un rol fundamental (11).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de trabajo de parto pretérmino se basa en la presencia de dinámica uterina y de modificaciones cervicales.

El diagnóstico de trabajo de parto pretérmino es fundamental y es el factor que más dificulta la evaluación de resultados con diferentes protocolos

terapéuticos. Esto es, porque no existe, en primer lugar, consenso en la definición del parto pretérmino. En segundo lugar, tampoco existe acuerdo en las diferentes publicaciones en relación a lo que debe llamarse éxito terapéutico (algunos autores usan prolongar la gestación en 24 horas, otros 48 horas, 7 días, llegar a las 34 o 36 semanas, alcanzar las 37 semanas, alcanzar un peso neonatal de 2500 gr, reducir la morbimortalidad perinatal). Finalmente, la mayor parte de los estudios muestra que el embarazo se mantiene más allá del período de observación, o se frena espontáneamente, en el 50% de los casos tratados sólo con placebo, lo que hace muy difícil demostrar beneficios con cualquier terapia. De hecho, hasta ahora no se ha modificado la incidencia de parto pretérmino a pesar del uso masivo de agentes tocolíticos.

Existe otra consideración que aquí debemos plantear. El criterio combinado de contracciones uterinas y modificaciones cervicales puede parecer claro, pero existen, sin embargo, dos situaciones que no lo son: a) contracciones uterinas persistentes sin modificaciones cervicales concomitantes. Esta situación obliga a considerar como opción diagnóstica la presencia de una infección intraamniótica, coito reciente, uso de drogas ilícitas y/o stress materno; b) presencia de modificaciones cervicales en ausencia de actividad uterina detectable. Este hallazgo obliga a consideraciones especiales en su manejo, dado que aumentaría el riesgo de una infección intraamniótica y parto pretérmino consiguiente, debido a la exposición de las membranas fetales a la flora vaginal (10,11,12).

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES:

La observación hospitalizada de la paciente, el reposo en cama y la hidratación parenteral con soluciones cristaloides son medidas generales de fundamental importancia, porque permiten establecer con seguridad el diagnóstico de trabajo de parto pretérmino. Esto evita la administración de medidas y drogas no exentas de efectos adversos en condiciones que no se asociarán a mejoría del pronóstico perinatal.

a) Reposo en cama (en decúbito lateral izquierdo). En embarazos gemelares se ha descrito ganancia significativa de peso al nacer, cuando se comparan recién nacidos (RN) de edad gestacional (EG) similares, lo que probablemente tendría relación con un aumento en la perfusión uterina. Esto es importante, porque la mortalidad perinatal (MPN) disminuye en función de dos factores principales: EG y peso al nacer. Debe hacerse mención aquí que, excepto en casos muy justificados, en pacientes con EG mayor de 36 semanas en las cuales no hay respuesta con el reposo, debe considerarse la resolución del parto y la no utilización de tocolisis.

b) Evaluación materna y fetal . Es fundamental precisar el estado de salud materno, así como la detección de condiciones sistémicas que condicionen la necesidad de un tratamiento o manejo específico. De particular importancia es descartar la existencia de condiciones que contraindiquen la prolongación de la gestación o el uso de tocolíticos habituales.

Respecto del feto debe asegurarse su vitalidad, su grado de bienestar (crecimiento y oxigenación), así como la presencia de malformaciones que limiten severamente su sobrevivencia extrauterina.

c) Hidratación (con solución salina o Ringer Lactato). Permite distinguir a aquellas pacientes que se beneficiarían de usar tocolíticos. Existe, además, un posible efecto terapéutico de la hidratación por suprimir los niveles elevados de arginina-vasopresina. Debe vigilarse cuidadosamente el balance hídrico. La velocidad de infusión no debe ser mayor de 200 cc/hora.

d) Exámenes de laboratorio: biometría hemática y velocidad de sedimentación, uremia y glicemia, sedimento de orina y urocultivo, cultivos cérvicovaginales, frotis vaginal para descartar vaginosis, VDRL, electrolitos séricos, electrocardiograma en casos de cardiopatía. Considerar la determinación de otros exámenes en función de la situación materna, tales como tamizaje para drogas ilícitas en pacientes con factores de riesgo epidemiológico (13,14,15).

ROL DE LA AMNIOCENTESIS

La evidencia actual permite plantear que en un 12% de las pacientes con trabajo de parto pretérmino y membranas íntegras, existe una invasión microbiana de la cavidad amniótica al momento del ingreso. Si se considera que el rendimiento de los estudios microbiológicos de líquido amniótico no son del todo satisfactorios, ese porcentaje podría ser aún algo mayor. En este contexto nos parece que existen situaciones en las cuales es fundamental contar con la

información que aportaría una amniocentesis: fiebre de origen no precisado, coexistencia de foco infeccioso sistémico, dilatación cervical avanzada, ausencia de respuesta a tocolisis, presencia de dinámica uterina sin modificaciones cervicales, sospecha clínica de corioamnioitis y presencia de vaginosis bacteriana. Si se considera, sin embargo, que la amniocentesis es el único medio hoy disponible de seleccionar aquellas pacientes que más se beneficiarán de terapia tocolítica, de verificar la madurez pulmonar fetal, y de evitar, por otra parte, la exposición masiva de pacientes a drogas no inocuas, parece razonable favorecer el empleo de ese procedimiento.

En el líquido amniótico obtenido deberán realizarse las siguientes determinaciones: Gram, recuento de células, glucosa, presencia de endotoxina, cultivos aeróbicos y anaeróbicos que incluyan detección de ureaplasma y mycoplasma sp, y estudios de madurez pulmonar (15,16).

INDUCCIÓN DE MADUREZ PULMONAR FETAL

Desde el informe original de Liggins y Howie en 1972, existe suficiente evidencia que apoya la administración de corticoides a la madre para reducir la incidencia de síndrome de dificultad respiratoria (SDR) neonatal.

La terapia corticoidal antenatal resulta en una reducción de alrededor del 50% en el riesgo de SDR neonatal. El análisis estratificado de acuerdo al intervalo entre el reclutamiento de la paciente y el parto, indica además, que los niños nacidos entre 24 horas y 7 días después de la administración de corticoides,

muestran un beneficio mayor que aquellos cuyo parto se resolvió después de ese intervalo.

Las evidencias hoy disponibles indican que su uso no sólo reduce la incidencia de SDR, sino también la de hemorragia intracraneana (HIC) y de enterocolitis necrotizante (ECN), (entre un 10 y 80%), así como la mortalidad neonatal; y, todos estos beneficios sin efectos adversos en el feto y/o RN, hasta ahora reportados. Su utilidad ha sido demostrada desde las 24 semanas de gestación y hasta las 34 semanas. En ausencia de madurez pulmonar, sin embargo, pueden ser utilizados con posterioridad a ese límite superior. Los esquemas que pueden utilizarse son:

betametasona (fosfato/acetato): 12 mg im cada 24 horas por 2 dosis

dexametasona : 6 mg im cada 12 horas por 4 dosis.

Ambos esquemas son igualmente efectivos. Pueden repetirse a los 7 días de la primera administración. No existen evidencias de que la repetición sucesiva o de que dosis mayores (en caso de embarazo múltiple) aporten beneficios adicionales. Finalmente, los beneficios descritos para los corticoides no son a expensas de un aumento de las secuelas. Prueba de ello son los dos estudios disponibles que han dado cuenta del seguimiento de los RN hasta los 6 años de edad. El análisis de esos resultados revela que aun cuando la EG al parto es menor en el grupo sobreviviente post corticoides que en el grupo sobreviviente control, las anomalías

neurológicas a los 6 años, si existen, son menos frecuentes entre los hijos de madres que recibieron corticoides.

Una de las controversias clásicas en medicina perinatal ha sido si la administración de esteroides reduce la incidencia de SDR en hijos de mujeres con RPM y parto pretérmino del mismo modo que lo hace en pacientes con trabajo de parto pretérmino y membranas íntegras. Uno de los principales aspectos en tal controversia es el temor a los efectos inmunosupresores de los esteroides, y sus riesgos consecuentes en términos de aumentar la incidencia de morbilidad infecciosa materna y neonatal. El uso de esteroides en la RPM de pretérmino no es una interrogante irrelevante para nuestra práctica clínica habitual, ya que el 40% de los partos de pretérmino ocurre en mujeres con RPM de pretérmino. Los metaanálisis disponibles para responder esta pregunta revelan que la administración antenatal de corticoides reduce el riesgo de SDR en alrededor de 30% sin aumentar significativamente las infecciones neonatales. Si bien se constata un aumento significativo en el riesgo de morbilidad infecciosa puerperal materna, ella es susceptible de tratamiento antibiótico efectivo, de bajo costo y sin otros efectos colaterales.

En los últimos años, evidencia creciente ha sugerido un rol para el factor liberador de tirotrófina (TRH) en la inducción de madurez pulmonar fetal. La evidencia disponible sugiere que la adición de TRH a corticoides reduce la incidencia de SDR neonatal y de displasia broncopulmonar (DBP). El esquema

propuesto es la administración de 400 microgramos por vía intravenosa a la madre cada 6 horas por 4 dosis.

TRH no debe administrarse en pacientes con hipertensión arterial severa y/o hipertiroidismo. Dado que esta terapia está aún en fase de evaluación clínica, su utilización debe restringirse a casos muy calificados, y en edades gestacionales tempranas (<32 semanas).

La introducción del surfactante exógeno en el período neonatal ha reducido la severidad del SDR neonatal. Su uso, sin embargo, no debe restringir el empleo de corticoides durante el embarazo (16,17,18).

ANTIMICROBIANOS

A la fecha se han conducido 10 estudios aleatorios de antibiótico vs. placebo en pacientes con trabajo de parto pretérmino y membranas íntegras. Cinco de esos estudios señalan beneficio de los antibióticos en términos de prolongar el embarazo. Ninguno de los estudios revela cambios en aumento del peso neonatal o reducción de la mortalidad perinatal. La experiencia de nuestro centro (en prensa) señaló una disminución de la morbilidad infecciosa neonatal en el grupo antibiótico.

Variadas explicaciones pueden justificar la ausencia de hallazgos más significativos, tales como diferencias demográficas de las poblaciones estudiadas, exclusión de pacientes con evidencias de infección, antimicrobianos utilizados, e

inclusión de pacientes con trabajo de parto pretérmino idiopático sin infección, grupo para el cual no es esperable obtener beneficios con antibióticos.

En presencia de elementos sugerentes de una etiología infecciosa debe considerarse el tratamiento con antimicrobianos. Si en esas condiciones, la edad gestacional es mayor de 32 semanas cumplidas, debe además considerarse la eventual resolución del embarazo. En caso de corioamnionitis clínica, debe procederse a la interrupción del embarazo bajo cobertura antibiótica, independientemente de la edad gestacional, salvo situaciones de excepción en que el criterio clínico aconseje una conducta expectante, en caso de RPM sin corioamnionitis.

Otro grupo de pacientes con trabajo de parto pretérmino que puede beneficiarse de la terapia antimicrobiana es aquel asociado a infección cérvicovaginal. Al menos un tercio de las pacientes con contractilidad uterina antes del término de la gestación es portadora de vaginosis bacteriana, condición actualmente reconocida como causa de parto pretérmino y de RPM. El tratamiento antibiótico de esta entidad interrumpiría la cadena de eventos fisiopatológicos que preceden a la instalación de una infección intraamniótica. Recientemente se han publicado dos trabajos que confirman que el tratamiento precoz de la vaginosis bacteriana reduce significativamente el riesgo de parto pretérmino (19,20).

EL PAPEL DE LOS ESTEROIDES

Pocas intervenciones obstétricas sobre el resultado perinatal han demostrado ser tan eficaces como el uso de los esteroides ante-parto. De ser una practica tímida en la década de los 80 paso a ser algo generalizado en los 90, luego de que en una reunión del NIH (Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos) se respaldo su uso. Es claro el efecto benéfico de los inductores de madurez pulmonar fetal (Betametasona y Dexametasona) sobre el Síndrome de dificultad respiratorio neonatal, la hemorragia intraventricular, la sepsis y la enterocolitis necrotizante. Sin embargo a pesar de sus efectos benéficos se han planteado dudas acerca de los riesgos que pueden tener estos; principalmente en dosis repetitivas semanales. Estos riesgos son un efecto deletéreo sobre el crecimiento pulmonar, sobre la mielinización cerebral, el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal fetal y el desarrollo retiniano. Estas investigaciones realizadas en animales plantearon dudas sobre el uso repetitivo (Semanal) de los esteroides y a partir de esto en Agosto del 2000 una nueva reunión del INH replanteo su uso.

La comunidad científica esta a la espera de resultados de estudios clínicos que se están llevando a cabo sobre el uso de los esteroides en dosis repetitivas (14,16,21).

¿SIRVEN LOS ANTIBIÓTICOS ANTEPARTO?

Debido al papel tan importante que se le ha dado a la inflamación y principalmente a la infección en el trabajo de parto pretérmino espontáneo y en la

RPM; numerosos autores han realizado estudios con diferentes antibióticos en el manejo de estas dos entidades clínicas, presentando resultados controversiales. El estudio mas reciente y con mayor peso estadístico es el "ORACLE", el cual compara pacientes con RPM o trabajo de parto pretérmino sin evidencia clínica de infección. Los pacientes fueron divididos en 4 grupos: placebo, Amoxicilina-Clavulanato, Eritromicina, o Eritromicina mas Amoxicilina-Clavulanato. No se encontró que en pacientes con trabajo de parto pretérmino espontáneo y membranas integras, los antibióticos tuvieran un beneficio con respecto al placebo. Concluyendo entonces que estos no deberían prescribirse de rutina. En el grupo de pacientes con RPM se encontró que la Eritromicina mejoraba el periodo de latencia, disminuía el uso de surfactante, disminuía la dependencia de oxígeno y mejoraba las tasas de infección y de anomalías cerebrales detectadas por ultrasonografía. Este estudio corrobora un meta-análisis previo donde se encontró que los antibióticos mejoraban el resultado perinatal.

Hubo preocupación por el uso de amoxicilina-clavulanato, pues la incidencia de Enterocolitis necrotizante en ese grupo fue mayor.

Al día de hoy en muchos protocolos de manejo de la RPM se utilizan los antibióticos como parte importante del manejo de esta entidad, sin embargo es importante entender que la medicina Basada en la evidencia no ha dado la palabra final respecto a su uso.

Es tema de controversia actual el manejo expectante en pacientes con RPM, sobre todo en fetos menores de 28 semanas; pues existen importantes evidencias del papel que juegan las citoquinas inflamatorias en el Trabajo Parto pretérmino y la RPM. Estas citoquinas se han asociado con la leucomalacia periventricular y la parálisis cerebral (20,22,23).

¿ESTA LA UTEROINHIBICIÓN INDICADA?

A pesar de la utilización de múltiples medicamentos que se han demostrado disminuyen la actividad uterina, las tasas de parto pretérmino han permanecido igual a lo largo de los años. Ninguno de los medicamentos actualmente utilizado esta exento de efectos adversos, y su papel fundamental esta en el hecho que permite retrasar el parto por 48 horas mientras actúan los esteroides sobre el feto y se traslada a la madre a un centro de atención que cuente con buenos recursos de atención neonatal.

Pese al frecuente uso de tocolisis de mantenimiento oral, la literatura al respecto es escasa y con resultados que no permiten fundamentar su uso. No existen elementos que sustenten el uso profiláctico de beta agonistas orales en pacientes de riesgo o con trabajo de parto pretérmino. Análisis recientes, sin embargo, demostraron que no existe una reducción en la incidencia de parto pretérmino o en la tasa de recurrencia de un trabajo de parto pretérmino cuando se utiliza tocolisis oral como terapia de sostenimiento, es decir luego de un

tratamiento por vía intravenosa, hasta las 36 semanas. Así entonces, es la evidencia hoy disponible (19,20).

CERCLAJE DE EMERGENCIA

Ocasionalmente se reciben pacientes entre las 18 y 26 semanas de gestación, con un cuello uterino borrado y dilatado en grado variable, con membranas protruyentes o visibles, y un feto vivo. Si la paciente no está en trabajo de parto franco y no hay infección, la realización de un cerclaje de emergencia puede ser de beneficio.

La evaluación inicial de estas pacientes debe considerar su hospitalización; posición de Trendelenburg; monitorización de la actividad uterina; cultivos urinarios, cérvicovaginales y de líquido amniótico (LA); examen ultrasonográfico para evaluar vitalidad fetal, anomalías placentarias y malformaciones congénitas. Puede estar indicada la tocolisis parenteral. Si a las 6-24 horas del ingreso la paciente permanece estable, se constituye en una buena candidata para el procedimiento analizado.

Dado que se sabe que si existe invasión microbiana de la cavidad amniótica el cerclaje no ofrece mejoría del pronóstico, es fundamental contar con exámenes rápidos que informen de esa posibilidad (Gramm, recuento celular, glucosa y determinación de presencia de endotoxina en líquido amniótico). Por otra parte, como en las condiciones señaladas de este tipo de pacientes (edad gestacional menor de 26 semanas y cuello uterino dilatado) es altamente probable la

existencia de una infección subclínica, recomendamos el tratamiento empírico con antibióticos de amplio espectro hasta por 10 días después del procedimiento quirúrgico.

Evidencias en la literatura a favor del cerclaje de emergencia en situaciones como la mencionada están disponibles para su revisión (7,11,12,13).

PREVENCIÓN

Debe realizarse pesquisa de acuerdo a factores epidemiológicos de riesgo al ingreso de una paciente a control prenatal. Detectada una paciente de riesgo, ella debe ser controlada en forma frecuente en policlínica de alto riesgo, y se deben tomar las medidas necesarias para facilitar el reposo, sea en su domicilio u hospitalizada. Adicionalmente puede practicarse un examen vaginal desde las 24 semanas de gestación, cada 14 días, para pesquisar en forma precoz eventuales modificaciones cervicales.

La definición de factores de riesgo y el establecimiento de sistemas de puntaje para colocar a las pacientes en control prenatal en grupos de riesgo de parto pretérmino, permite seleccionar del 10 a 15% de las pacientes. De ese grupo, el 20% presenta realmente partos pretérmino, y ellos representan aproximadamente el 40 a 50% del total de partos pretérmino.

La educación de las pacientes, en grupos de riesgo y en pacientes hospitalizadas por trabajo de parto pretérmino, es de fundamental importancia. La educación debe incluir también al personal médico y paramédico. Todo ello

favorece la consulta precoz de pacientes sintomáticas, así como su hospitalización precoz.

El reposo con fines preventivos no ha probado ser útil en 4 estudios randomizados hasta ahora realizados (1984, 1985, 1989 y 1990).

La monitorización ambulatoria de la actividad uterina ha sido controversial prácticamente desde sus orígenes. Por una parte, ha resultado difícil separar el efecto potencial del contacto diario de las pacientes con una enfermera, del beneficio aportado por la monitorización propiamente como tal. Por otra parte, la FDA, en los Estados Unidos, aprobó finalmente el uso de la monitorización ambulatoria de la actividad uterina, en base a una publicación de 1991, en la cual se demostraron diferencias en la dilatación cervical al momento de la hospitalización en el grupo de pacientes monitorizadas vs. el grupo no monitorizado (2,5 cm. vs. 1,4 cm).

En relación al tacto vaginal periódico, también ha existido discusión. La experiencia más importante al respecto ha sido la vivida en Francia, dirigida por E. Papiernik, donde la frecuencia de parto pretérmino se ha reducido desde 8,2% en 1972 a 5,1% en 1989. Papiernik señaló en una publicación de 1986 que el orificio interno dilatado después de las 25 semanas era el factor de riesgo único más importante para prematuridad. La controversia se ha suscitado, porque los intentos de conducir experiencias similares en algunos centros de Estados Unidos no reportaron iguales resultados, y porque un trabajo colaborativo europeo reciente

que evaluó en forma randomizada la importancia del tacto vaginal tampoco mostró beneficios. Contrariamente a la experiencia francesa, sin embargo, la incidencia de parto pretérmino en los Estados Unidos ha aumentado en los últimos años de 9,4% a 10,7%.

La importancia de la evaluación ultrasonográfica del cuello uterino fue resucitada en años recientes a raíz de un trabajo de Okitsu que comunicó la pesquisa de dilatación del orificio cervical interno y la herniación a su través de las membranas fetales ("funneling") como de alto valor predictivo para parto pretérmino, haciendo notar, además, que el tacto vaginal detectaba sólo el 38% de los casos con alteraciones ultrasonográficas. Tales cambios fueron detectados, por otra parte, alrededor de 10 semanas antes del parto.

Las estrategias de intervención que hoy aparecen como más promisorias son la determinación cérvico-vaginal de fibronectina (marcador de disrupción coriodecidual), cuya detección aumentaría en 5 veces el riesgo de parto pretérmino; la determinación de la longitud cervical y grado de herniación de las membranas ovulares a través del cervix, con ultrasonografía transvaginal o translabial, cuya pesquisa también se asociaría a un riesgo 5 veces mayor de parto pretérmino; y, la pesquisa de vaginosis bacteriana, entidad asociada a parto pretérmino y a RPM, y cuyo tratamiento (con Clindamicina o Metronidazol) se asociaría a una reducción de los riesgos mencionados en alrededor de un 50% (15,22,23,24).

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la literatura médica, el parto pretérmino varía entre 5 y 10% en las poblaciones obstétricas en general. Esta entidad es la causa más importante de mortalidad neonatal y puede ocasionar una elevada morbilidad en los productos que sobreviven. Al conocer la incidencia y los factores asociados a esta patología podremos ser más eficaces en las acciones encaminadas a la prevención.

El planteamiento del problema lo podemos resumir en la siguiente pregunta.

¿Cuál es la incidencia y factores asociados a parto pretérmino en pacientes atendidas en la Unidad de Atención a la Mujer Embarazada de Alto Riesgo del ISSSTEP, en el periodo 2000-2001?

V. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la incidencia y los factores asociados a parto pretérmino en pacientes atendidas en la Unidad de Atención a la Mujer Embarazada de Alto Riesgo del ISSSTEP, en el periodo 2000-2001.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Clasificar a las pacientes en estudio en grupos de edad.
- Clasificar a las pacientes en estudio de acuerdo a su estado civil.
- Clasificar a la población en estudio de acuerdo al nivel socioeconómico.
- Clasificar a las pacientes en estudio de acuerdo a su edad gestacional.
- Clasificar a las pacientes en estudio de acuerdo al número de gestas.
- Identificar el antecedente de aborto en las pacientes en estudio.
- Identificar el antecedente de parto pretérmino en las pacientes en estudio.
- Identificar las enfermedades concurrentes en el embarazo en las pacientes en estudio.

VI.- MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, retrolectivo y transversal, para la incidencia y los factores asociados al parto pretérmino en pacientes atendidas en la Unidad de Atención a la Mujer Embarazada de Alto Riesgo del ISSSTEP, en el periodo 2000-2001.

La población participante en el estudio fueron pacientes embarazadas con diagnóstico de parto pretérmino.

Se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado de parto pretérmino, pacientes con expediente clínico completo, pacientes de cualquier edad y pacientes atendidas entre el 1 de enero del 2000 al 31 de diciembre del 2001. Se excluyeron pacientes embarazadas con diagnóstico no confirmado de parto pretérmino, pacientes con expediente clínico incompleto y pacientes atendidas fuera del periodo de estudio. Los criterios de eliminación no se proponen por el tipo de estudio.

El muestreo fue determinístico, la muestra estuvo determinada por todas las pacientes que reunieron los criterios de selección, quienes fueron incluidos en forma consecutiva. El tamaño de la muestra fue de 69 pacientes.

Las variables en estudio fueron: Edad materna, estado civil, nivel socioeconómico, edad gestacional, número de gestas, antecedente de aborto, antecedente de parto pretérmino y enfermedades concurrentes.

VII. RESULTADOS

En el presente estudio sobre factores asociados a parto pretérmino en pacientes atendidas en la Unidad de Atención a la Mujer Embarazada de Alto Riesgo del ISSSTEP, en el periodo 2000-2001, encontramos a 69 pacientes que reunieron los criterios de inclusión, cuyos resultados los presentamos a continuación:

La tasa de incidencia fue de 3.9 X 100.

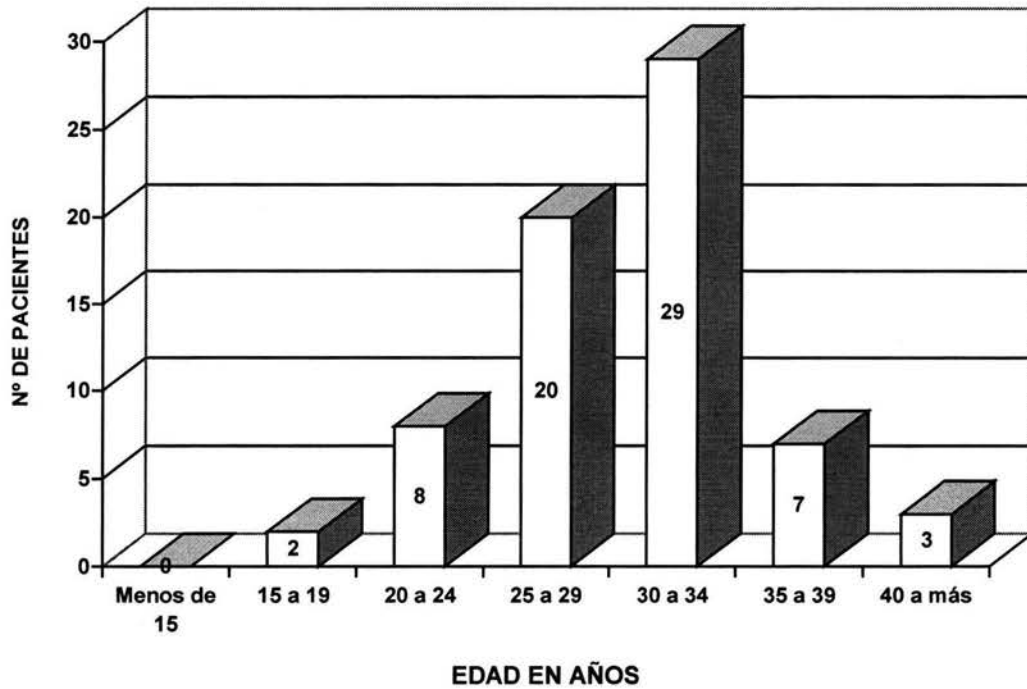
En lo que se refiere a la edad materna de las pacientes, observamos que de menos de 15 años no se presentaron casos (0.0%), de 15 a 19 años se presentaron 2 casos (2.90%), de 20 a 24 años 8 casos (11.59%), de 25 a 29 años 20 casos (28.99%), de 30 a 34 años 29 casos(42.03%), de 35 a 39 años 7 casos (10.14%) y de 40 a más años 3 casos (4.35%); cuadro y gráfica 1:

CUADRO 1: EDAD MATERNA DE LAS PACIENTES CON PARTO
PRETÉRMINO

EDAD EN AÑOS	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
Menos de 15	0	0.00%
15 a 19	2	2.90%
20 a 24	8	11.59%
25 a 29	20	28.99%
30 a 34	29	42.03%
35 a 39	7	10.14%
40 a más	3	4.35%
TOTAL	69	100.00%

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL I.S.S.S.T.E.P., 2000-2001.

GRÁFICA 1

DISTRIBUCIÓN POR EDAD MATERNA DE LAS PACIENTES CON
PARTO PRETÉRMINO

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL I.S.S.S.T.E.P., 2000-2001.

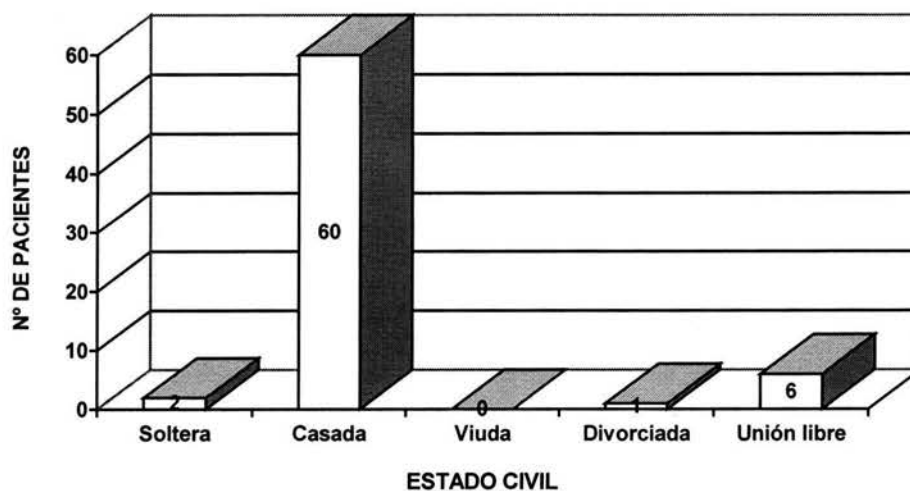
En cuanto al estado civil de las pacientes en estudio observamos que hubieron 2 solteras (2.90%), 60 casadas (86.96%), ninguna viuda (0.00%), 1 divorciada (1.45%) y 6 en unión libre (8.69%); cuadro y gráfica 2.

CUADRO 2: ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CON PARTO PRETÉRMINO

ESTADO CIVIL	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
Soltera	2	2.90%
Casada	60	86.96%
Viuda	0	0.00%
Divorciada	1	1.45%
Unión libre	6	8.69%
TOTAL	69	100.00%

GRÁFICA 2

DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CON PARTO PRETÉRMINO



FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL I.S.S.S.T.E.P., 2000-2001.

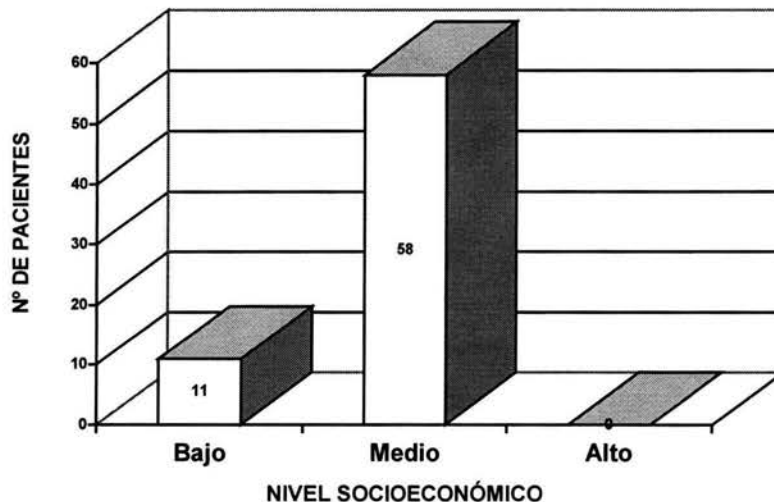
En cuanto al nivel socioeconómico encontramos a 11 pacientes del nivel bajo (15.94%), 58 pacientes del nivel medio (84.06%) y ningún paciente del nivel alto (0.0%); cuadro y gráfica 5.

CUADRO 3: NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LAS PACIENTES CON PARTO PRETÉRMINO

NIVEL SOCIOECONÓMICO	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
Bajo	11	15.94%
Medio	58	84.06%
Alto	0	0.0%
TOTAL	69	100.00%

GRÁFICA 3

DISTRIBUCIÓN POR NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LAS PACIENTES CON PARTO PRETÉRMINO



FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL I.S.S.S.T.E.P., 2000-2001.

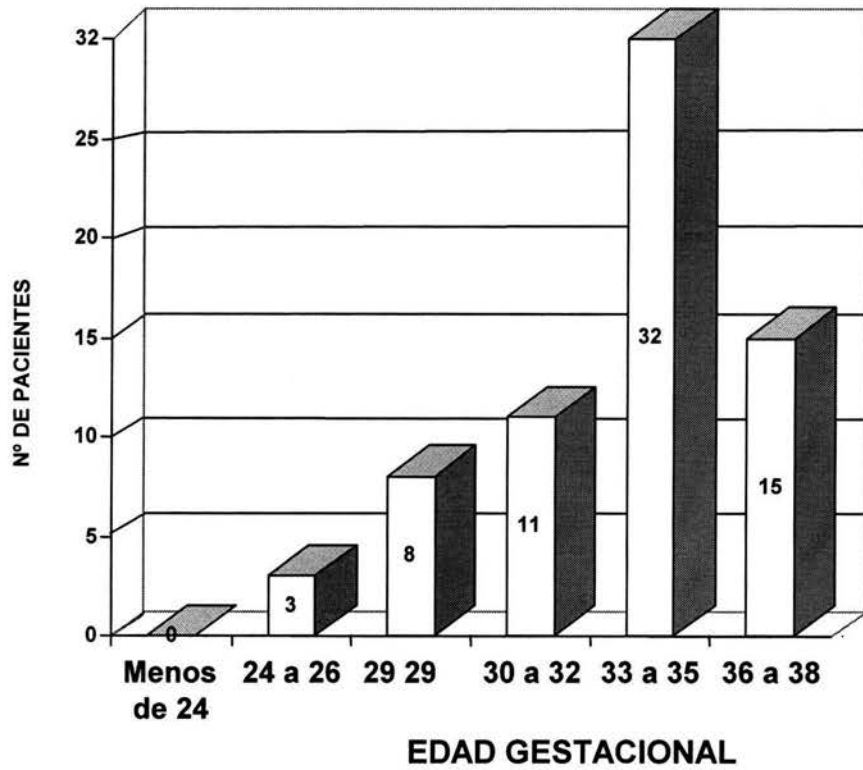
En cuanto a la edad gestacional de las pacientes con parto pretérmino observamos de menos de 24 semanas a ninguna (0.00%), de 24 a 26 semanas a 3 (4.35%), de 27 a 29 semanas a 8 pacientes (11.59%), de 30 a 32 semanas a 11 pacientes (15.94%), de 33 a 35 semanas a 32 pacientes (46.38%), de 36 a 38 semanas a 15 pacientes (21.74%) y de más de 38 semanas a 2 pacientes (2.90%); cuadro y gráfica 4.

CUADRO 4: EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES CON PARTO PRETÉRMINO

EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
Menos de 24	0	0.00%
24 a 26	3	4.35%
29 a 29	8	11.59%
30 a 32	11	15.94%
33 a 35	32	46.38%
36 a 38	15	21.74%
TOTAL	69	100.00%

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL I.S.S.S.T.E.P., 2000-2001.

GRÁFICA 4

DISTRIBUCIÓN POR EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES CON
PARTO PRETÉRMINO

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL I.S.S.S.T.E.P., 2000-2001.

En cuanto al número de gestas encontramos una gesta en 20 pacientes (28.98%), a dos gestas en 27 pacientes (39.13%), a tres gestas en 17 pacientes (24.64%), a cuatro gestas en 3 pacientes (4.35%) y de cinco a más gestas a 2 pacientes (2.90%); cuadro y gráfica 5.

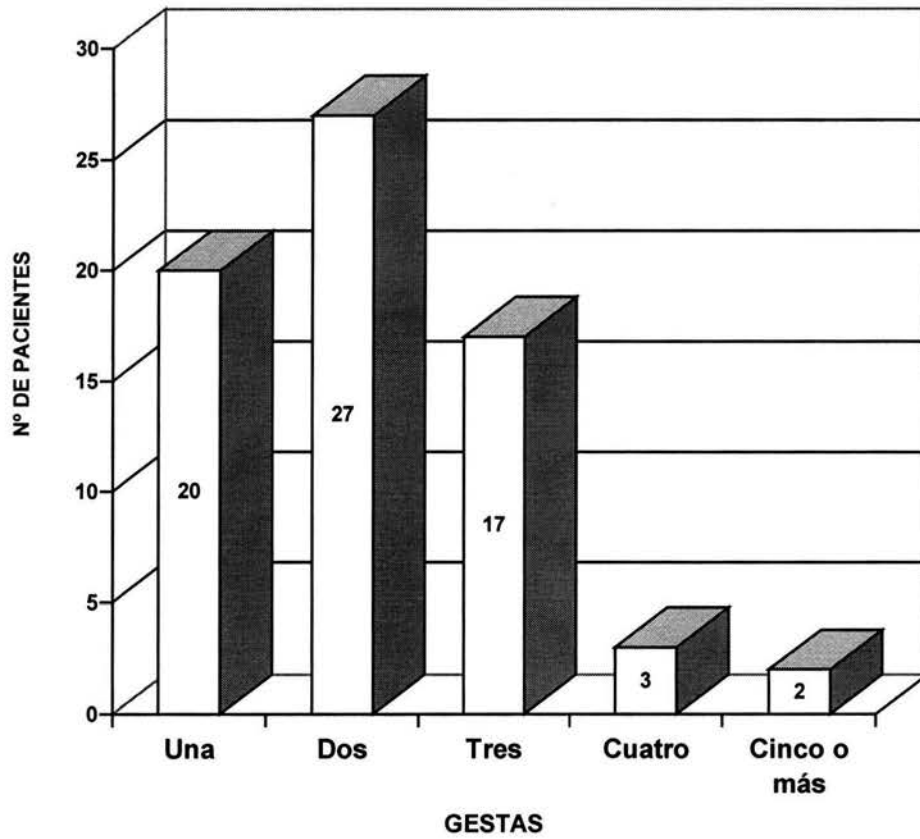
CUADRO 5: NÚMERO DE GESTAS DE LAS PACIENTES CON PARTO PRETÉRMINO

NÚMERO DE GESTAS	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
Una	20	28.98%
Dos	27	39.13%
Tres	17	24.64%
Cuatro	3	4.35%
Cinco o más	2	2.90%
TOTAL	69	100.00%

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL I.S.S.S.T.E.P., 2000-2001.

GRÁFICA 5

DISTRIBUCIÓN POR NÚMERO DE GESTAS DE LAS PACIENTES CON PARTO PRETÉRMINO



FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL I.S.S.S.T.E.P., 2000-2001.

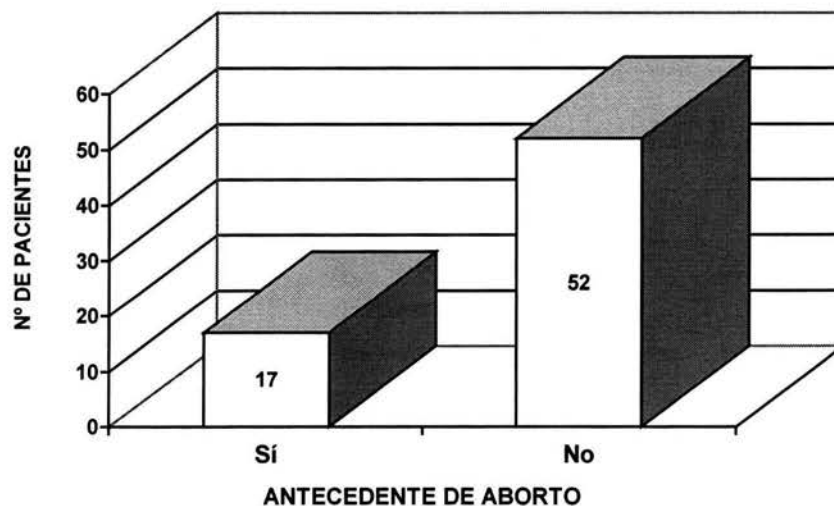
En cuanto al antecedente de aborto en las pacientes en estudio nivel socioeconómico encontramos a 17 pacientes que sí lo refirieron (24.64%) y a 50 pacientes que no lo refirieron (75.36%); cuadro y gráfica 6.

CUADRO 6: ANTECEDENTE DE ABORTO EN LAS PACIENTES CON PARTO PRETÉRMINO

ANTECEDENTE DE ABORTO	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
Sí	17	24.64%
No	52	75.36%
TOTAL	69	100.00%

GRÁFICA 6

DISTRIBUCIÓN POR ANTECEDENTE DE ABORTO EN LAS PACIENTES CON PARTO PRETÉRMINO



FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL I.S.S.S.T.E.P., 2000-2001.

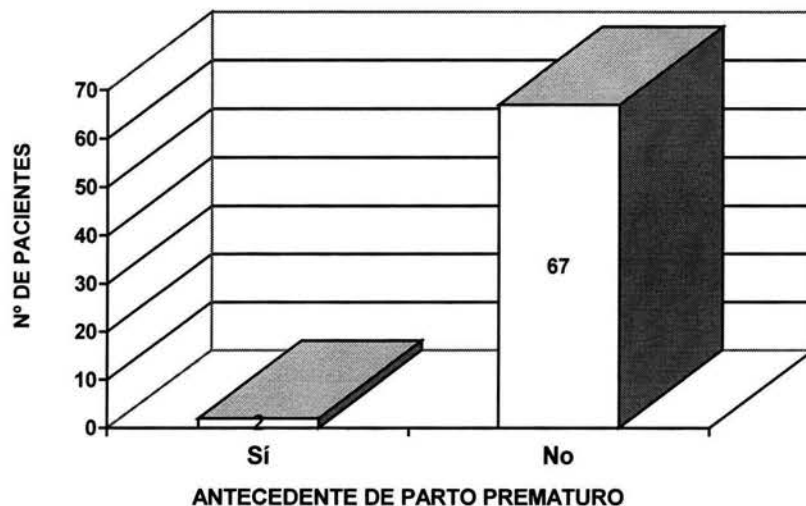
En cuanto al antecedente de parto pretérmino encontramos a 2 pacientes que sí lo refirieron (2.90%) y 67 pacientes que no lo refirieron (97.10%); cuadro y gráfica 7.

CUADRO 7: ANTECEDENTE DE PARTO PRETÉRMINO

ANTECEDENTE DE PARTO PRETÉRMINO	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
SÍ	2	2.90%
No	67	97.10%
TOTAL	69	100.00%

GRÁFICA 7

DISTRIBUCIÓN POR ANTECEDENTE DE PARTO PRETÉRMINO



FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL I.S.S.S.T.E.P., 2000-2001.

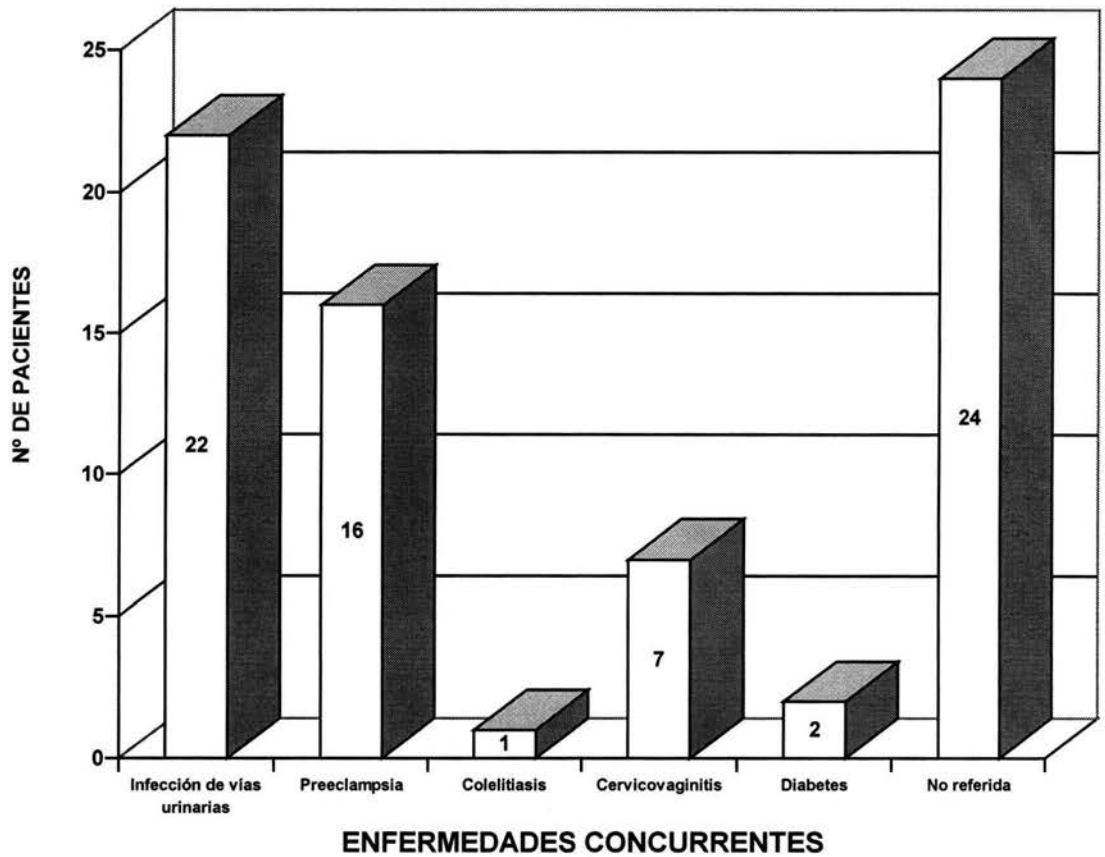
En cuanto a las enfermedades concurrentes en el parto pretérmino encontramos a la infección de vías urinarias en 22 casos (31.88%), preeclampsia en 16 casos (23.19%), colelitiasis en 1 caso (1.45%), cervicovaginitis en 7 casos (10.14%), diabetes en 2 casos (2.90%) y no referida en 24 casos (34.78%); cuadro y gráfica 8.

**CUADRO 8: ENFERMEDADES CONCURRENTES EN EL PARTO
PRETÉRMINO**

ENFERMEDADES CONCURRENTES	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
Infección de vías urinarias	22	31.88%
Preeclampsia	16	23.19%
Colelitiasis	1	1.45%
Cervicovaginitis	7	10.14%
Diabetes	2	2.90%
No referida	24	34.78%

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL I.S.S.S.T.E.P., 2000-2001.

GRÁFICA 8

DISTRIBUCIÓN POR ENFERMEDADES CONCURRENTES EN EL
PARTO PRETÉRMINO

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL I.S.S.S.T.E.P., 2000-2001.

VIII. DISCUSIÓN

Según la literatura médica, el parto pretérmino en nuestro país tiene una frecuencia entre el 19 al 22% de casos del total de las atenciones por parto que se otorgan en las diferentes instituciones hospitalarias, aspecto por demás preocupante y que fue una de las razones por las cuales se quiso estudiar a esta eventualidad. Muchas veces no se conocen las causas que desembocan en un nacimiento pretérmino, lo que hace difícil su prevención. Esto puede ser más frecuente de lo que se piensa, es por ello que se toman en cuenta una serie de factores que se relacionan con la aparición del parto pretérmino, mismos que han sido parte de esta investigación

Por ello, nuestro primer objetivo de interés estuvo relacionado con la edad en la cual la paciente lo presenta en el embarazo. La edad es un factor que ha sido mencionado por la literatura médica. En relación a ella, se dice que las mujeres que se embarazan antes de los 15 años de edad o después de los 35 años de edad, tienen un mayor riesgo de presentar un parto pretérmino. Esta aseveración no coincide necesariamente con lo observado en la presente investigación, ya que la mayor frecuencia reportada fue para el grupo de edad comprendido entre los 30 a 34 años, seguido por el de 25 a 29 años. Llama la atención, entonces, que la mayoría de casos se haya presentado de

manera general, entre los 25 a 34 años de edad, grupos que no presentan mayores riesgos para un parto pretérmino. Es por ello, que se trata de dar una explicación, relacionando la edad con otros factores que pueden asociarse con un parto pretérmino. En cuanto a este aspecto, se ha considerado que el estrés es un factor de riesgo, según la literatura médica. Por lo mismo, pensamos que un estado civil desfavorable de las pacientes embarazadas, es decir, viudez o divorcio, podrían afectar el normal desarrollo de un embarazo. Esto motivó el estudio de nuestro segundo objetivo, relacionado justamente al estado civil. Sin embargo, observamos que la mayoría de pacientes estuvieron casadas (es decir, casi un 87% de los casos), lo que no constituye entonces un aspecto tan importante a considerar, a no ser que estas pacientes presentaran problemas dentro de su matrimonio que pudieran afectar psicológicamente el normal desarrollo del embarazo.

Nuestro tercer objetivo estuvo basado en la investigación del nivel socioeconómico referido por las pacientes en estudio. El parto pretérmino puede presentarse en cualquier nivel, sin embargo, se menciona que puede tener mayor preferencia por el nivel bajo, debido a que esta parte de la población muchas veces no cuenta con información adecuada ni el acceso adecuado e inmediato a un centro de salud lo que, sumado muchas veces a un inadecuado control prenatal, puede

condicionar la presencia del parto pretérmino. Sin embargo, en nuestro estudio, observamos que la mayoría de casos (84.06%) pertenecieron al nivel medio. Una explicación de esta mayor frecuencia está en relación al sector de la población al cual está dirigido principalmente la institución que fue nuestro lugar de estudios, justamente al nivel socioeconómico medio.

El siguiente objetivo se refirió a la edad gestacional de las pacientes. Nuestro propósito fue orientarnos hacia las semanas de gestación más frecuentes en las que se puede presentar un parto pretérmino y, según lo reportado, las semanas más frecuentemente encontradas pertenecieron a las 33 a 35, seguidas por las semanas 36 a 37, constituyendo en conjunto la mayoría de casos. La probabilidad de que un parto pretérmino se presente en una semana específica no está bien especificada en la literatura médica. El hecho de que se presente a una menor edad gestacional nos puede indicar el gran riesgo que corre el producto de fallecer al momento del parto. Sin embargo, la gran mayoría de casos pudo ser resuelta sin ese riesgo.

El número de gestas estuvo principalmente representado por el antecedente de dos embarazos, con casi el 40%, seguido por el de un embarazo. Aunque existe controversia, el número de gestas también es un factor mencionado en la literatura médica, la cual nos habla de un

riesgo mayor en pacientes multigestas. En nuestro estudio, este dato no fue necesariamente coincidente.

El antecedente de aborto fue otro de nuestros objetivos de estudio, además del antecedente de parto pretérmino. En relación al primero, se observó en nuestra investigación que el 23.19% de pacientes sí refirieron presentar un aborto previo, y, aunque la mayoría de pacientes no lo refirieron, es un aspecto que se debe tomar a consideración. En relación al antecedente de parto pretérmino, llama la atención que solamente el 2.90% de las pacientes lo refirieron. Tanto el antecedente de aborto como parto pretérmino han sido considerados en la literatura médica como factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Lo cual no coincidió con nuestros resultados.

Finalmente, en cuanto a las enfermedades concurrentes con el embarazo referidas por las pacientes, observamos que estuvieron principalmente representadas por la infección de vías urinarias, en casi el 32% y la preeclampsia, en poco más del 23%. En relación a la primera, es hasta cierto punto común observar en las pacientes embarazadas, independientemente de que el embarazo sea de pretérmino o a término, la presencia de infección de vías urinarias, según los datos reportados por laboratorio. Esto nos puede sugerir que no necesariamente es un factor relacionado con el parto pretérmino.

Respecto a la preeclampsia, esta es una situación sumamente delicada por el riesgo que presenta la paciente embarazada y que puede poner en peligro su propia vida. La literatura médica se refiere principalmente a infecciones, como enfermedades concurrentes del embarazo, más no a eventualidades clínicas como la preeclampsia, por lo que se sugeriría realizar estudios a futuro para precisar si guardan una relación con el parto pretérmino.

IX. CONCLUSIONES

1. La tasa de incidencia fue de 3.9 X 100.
2. La edad materna más frecuente estuvo comprendida principalmente entre los 30 a 34 años, en el 42.03% de todos los casos (29 pacientes).
3. El estado civil más frecuente fue el de casada, con el 86.96% de los casos estudiados (60 pacientes).
4. El nivel socioeconómico predominante fue el medio, con el 84.06% de los casos (58 pacientes).
5. La edad gestacional más frecuente estuvo comprendida entre las 33 a 35 semanas, con el 43.48% de los casos (30 pacientes).
6. El número de gestas principalmente encontrado correspondió a dos, en el 39.13% de los casos estudiados (27 pacientes).
7. El antecedente de aborto fue referido en el 24.64% de los casos (17 pacientes).
8. El antecedente de parto pretérmino fue referido únicamente por el 2.90% de los casos (2 pacientes).
9. Las enfermedades concurrentes del embarazo estuvieron principalmente representadas por la infección de vías urinarias, en el 31.88% de los casos (22 pacientes) y la preeclampsia, en el 23.19% de los casos (16 pacientes).
10. Se debe asumir la responsabilidad de generar información que permita priorizar campañas enfocadas hacia la vida reproductiva y atención prenatal en la

población, así como el uso de medidas terapéuticas y preventivas en el médico general, para disminuir la incidencia de partos pretérmino.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

X. REFERENCIAS

1. Goulet C, Gevry H, Lemay M, Gauthier R. A randomized clinical trial of care for women with preterm labour: Home management versus hospital management. Canadian Medical Association. Journal, 2001; 164(7):985-992.
2. Allen L. Biological mechanisms that might underlie iron's effects on fetal growth and preterm birth. The Journal of Nutrition, 2001; 131(2):581-589.
3. Hollander D. After abortion, Danish women's odds of preterm delivery are doubled. Family Planning Perspectives, 2000; 32(4):200-208.
4. Keirse M. New perspectives for the effective treatment of preterm labor. Am J Obstet Gynecol 1999; 173: 618-628.
5. McGregor J, French J, Parker R, Draper D, Patterson E, Jones W, Thorsgard K, McFee J: Prevention of premature birth by screening and tract infections: results of a prospective controlled evaluation. Am J Obstet Gynecol 1999; 15: 157-162.
6. Ngassa P, Egbe J: Maternal genital Chlamydia trachomatis infection and the risk of preterm labor. Int J Gynaecol Obstet 1999; 32: 241-246.
7. Sullivan A, Nyirenda T, Cullinan T, Taylor T. Malaria infection during pregnancy: Intrauterine growth retardation and preterm delivery in Malawi. The Journal of Infectious Diseases, 1999; 179(6): 1580-1586.

8. Salafia C, Ernst L, Pezzulo J, y col: The very low birthweight infant: maternal complications leading to preterm birth, placental lesions and intrauterine growth. *Am J Perinatol* 1995; 12: 106-110.
9. Many A, Hill L, Lazebnik N, Martin J: The association between polyhydramnios and preterm delivery. *Obstet Gynecol* 1995; 86: 389-391.
10. Tamura T, Goldenberg R, Johnston K, Serum ferritin: A Predictor of Early Spontaneous Preterm Delivery. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 360-365.
11. Gómez R, Ghezzi F, Romero R. Premature labor and intra-amniotic infection. Clinical Aspects and Role of the Cytokines in Diagnosis and Pathophysiology. *Clin Perinatol* 1997; 22: 281-342.
12. Meis P, Michielutte R, Peters T, Wells H, Sands E y cols. Factors Associated with Preterm Birth in Carfdiff, Wales. Unvariable and Multivariable Analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 173: 590-596.
13. Hannah M. Search for best tocolytic for preterm labour. *The Lancet*, 2000; 356(9231):699-700.
14. Durham R. Negotiating activity restriction: A grounded theory of home management of preterm labor *Qualitative Health Research*, 1999; 9(4): 493-503.
15. Adams M, Elam-Evans L, Wilson H, Gilbertz D. Rates of and factors associated with recurrence of preterm delivery *JAMA*, 2000; 283(12): 1591-1596.

16. Holzman C, Jetton J, Fisher R, Senagore P, et al. Association of maternal IgM concentrations above the median at 15-19 weeks of gestation and early preterm delivery. *The Lancet*, 1999; 354(9184): 1095-1096.
17. Basso O, Olsen J, Christensen K. Study of environmental, social, and paternal factors in preterm delivery using sibs and half sibs. A population-based study in Denmark. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1999; 53(1):20-26.
18. Brochlehurst P. Infection and preterm delivery: There is not yet enough evidence that antibiotics help. *British Medical Journal*, 1999: 318(7183): 548-549.
19. Yitzhak M, Bar J, Mazor M, Fraser D. Increased rate of small-for-gestational-age neonates in pre-eclamptic women preterm deliveries. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1999; 19(2): 135-138.
22. Goldenberg R, Rouse D. Prevention of preterm Birth. *New England Journal of Medicine (NEJM)*. 1998. Vol 339(5) :313-320.
23. Steer P, Flint C. Preterm labour and premature rupture of membranes. *British Medical Journal*. 1999: 318:1059-1062.
24. Parry S, Strauss J. Premature rupture of fetal membranes. *NEJM*. 1998. Vol 338 (10): 663-670.