



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL “GENERAL IGNACIO ZARAGOZA”
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

“USO DE FIBRONECTINA FETAL EN LA PREDICCIÓN DE PARTO PRETÉRMINO”.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. YADIRA VERDI FLORES

ASESORES:

DRA. ARACELI ESPINOSA MONTESINOS

DR. ALEJANDRO VÁZQUEZ LÓPEZ.

MEXICO, D.F. AGOSTO 2010.



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL “GENERAL IGNACIO ZARAGOZA”
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

“USO DE FIBRONECTINA FETAL EN LA PREDICCIÓN DE PARTO PRETÉRMINO”.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. YADIRA VERDI FLORES

ASESORES:

DRA. ARACELI ESPINOSA MONTESINOS

DR. ALEJANDRO VÁZQUEZ LÓPEZ.

MEXICO, D.F. AGOSTO 2010.

“Uso de fibronectina fetal en la predicción de parto pretérmino.”



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL “GENERAL IGNACIO ZARAGOZA”**

Dr. Antonio Iniesta Mejía.
Coordinador de la Jefatura de enseñanza y titular del Curso

Dr. Alejandro Vázquez López
Asesor de Tesis

Dr. René García Sánchez
Coord. de Capacitación, Desarrollo e Investigación

Dr. Armando Pérez Solares
Jefe de Enseñanza

Dr. Pelayo Vilar Puig
Jefe de Postgrado UNAM

Número de registro de protocolo ISSSTE:

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS.

Por darme Vida, Fe y Esperanza.

A MIS PADRES.

Por todo su amor, su cariño, esfuerzos y comprensión sin medida.

A ARMANDO.

Por llegar a mi vida, por todo tu amor y sobre todo por ser mi cómplice en esta maravillosa aventura de vida.

A COCO Y LILIANA.

Porque siempre estuvieron a mi lado en las buenas, las malas y las peores, porque me enseñaron que nunca es suficiente, por todos sus consejos y todas esas desveladas.

A TODOS MIS MAESTROS.

Por todas sus enseñanzas, tanto profesionales, como de vida, así como su firme disposición de hacer de nosotros excelentes personas y profesionistas.

A LA DRA. ARACELI ESPINOSA.

Por ser excelente docente, por todas su tiempo empleado en nuestra formación y ser una gran amiga.

A MIS COMPAÑEROS.

Por todas esas guardias, en las que no dormimos, las risas y cada lágrima derramada, créanme, al final de cuentas vale la pena cada una de ellas.

AL DR. TELLEZ.

Por su confianza, sus pláticas sabatinas y por demostrarme con hechos, que todo, absolutamente todo, tiene solución menos.....la muerte.

A LA DRA. DELGADO.

Que de manera desinteresada, apoyo el desarrollo de esta tesis.

AL HOSPITAL ZARAGOZA.

Por ser mi casa durante 4 años, y a todas las personas que ahí laboran y que contribuyeron de manera directa o indirecta en mi formación como ser humano y profesionista.

ÍNDICE

RESUMEN	8
INTRODUCCION	9
1.PROBLEMA	10
2.HIPOTESIS	10
3.ANTECEDENTES	11
4.OBJETIVO	13
4.1OBJETIVOS ESPECIFICOS	13
5. JUSTIFICACION	13
6. DISEÑO	13
6.1 TIPO DE ESTUDIO	13
6.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA	13
6.3 DEFINICION DE LAS UNIDADES DE OBSERVACION	14
6.4 DEFINICION DEL GRUPO CONTROL	14
6.5 CRITERIOS DE INCLUSION	14
6.6 CRITERIOS DE EXCLUSION	14
6.7 CRITERIOS DE ELIMINACION	14
6.8 DEFINICION DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA	15
6.9 SELECCION DE FUENTES, METODOS, TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	16
6.10 DEFINICION DEL PLAN DE PROCESAMIENTO YPRESENTACION DE LAINFORMACION	17
7. CONSIDERACIONES ETICAS	17
8. PROGRAMA DE TRABAJO	19
9. RECURSOS HUMANOS	19
9.1 RECURSOS MATERIALES	19
9.2 RECURSOS FINACIEROS	19
10. RESULTADOS	20
11. DISCUSION	22
12. CONCLUSION	23
13. BIBLIOGRAFIA	24
14. ANEXOS	25

RESUMEN

OBJETIVO. Evaluar los resultados del uso de la fibronectina fetal en la predicción de la presentación de parto pretérmino.

MATERIAL Y METODOS. Estudio prospectivo, no aleatorizado, comparativo, y transversal realizado en el Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE en la Unidad de Admisión de urgencias tóco quirúrgicas, en el periodo comprendido del 1º de febrero al 30 de julio del 2010, se incluyeron pacientes embarazadas con gestación entre 24 y 36 semanas con datos clínicos de amenaza de parto pretérmino y con índice tocolítico menor o igual a 3 puntos, se excluyeron pacientes que contaran con proceso infeccioso subyacente o con índice tocolítico mayor a 3 puntos, se formaron dos grupos: el grupo A con prueba de fibronectina positiva y el grupo B con prueba de fibronectina negativa, realizándose el análisis estadístico con T de Student y Chi cuadrada.

RESULTADOS. Ingresaron al estudio 64 pacientes, 32 en el grupo A y 32 en el grupo B, se observó un promedio de edad para el primero de 27.3 años, y para el segundo de 29.4 años, siendo el rango de edad más frecuente de 26 a 35 años, en cuanto a la paridad se encontró en el grupo A 59.3% de pacientes eran primigestas y 40.7% multigestas, en el grupo B 53.1% eran primigestas y 46.9% multigestas, se evaluó el índice tocolítico en ambos grupos, encontrándose en el grupo A un 31.2% con índice tocolítico de 2 puntos, y un 68.8% con 3 puntos, en el grupo B el 56.2% tuvo un índice tocolítico de 1 y el 43.8 % restante curso con índice tocolítico de 2, en cuanto a la resolución del embarazo a los 7 días posteriores a la prueba, se observó en el grupo A con una n=4 (12.5%) y en el Grupo B una n=5 (15.6%).

CONCLUSION. La utilización de la determinación de fibronectina fetal resulta no demostró utilidad en la predicción de parto pretérmino, cuando este se encuentra establecido.

INTRODUCCION

En general, se estima que en los países desarrollados la prematurez comprende entre el 6 y 10% de todos los nacimientos, en nuestro país ha aumentando la frecuencia en los últimos 10 años de una forma mantenida, coincidiendo con un repunte en la natalidad, reflejando importantes diferencias en la supervivencia, en las expectativas de salud a mediano y largo plazo y en el consumo de recursos sanitarios, obligando a reestructurar la capacidad de atención de este padecimiento de algunos servicios de obstetricia y neonatología.

En los últimos años, se han tratado de establecer marcadores predictivos en la presentación de parto pretérmino, de las cuales la determinación de fibronectina fetal en secreciones vulvovaginales se considera un método útil, rápido y no invasivo la cual tiene un valor predictivo positivo bajo para el diagnóstico de parto pretérmino en gestantes sintomáticas. Su importancia reside en el alto valor predictivo negativo que posee; así un test negativo a la fibronectina fetal, en una gestante sintomática, orientaría hacia el diagnóstico de falso parto pretérmino, ya que la mayor parte de los estudios que han comparado el valor predictivo de la fibronectina fetal con el de la exploración vaginal en la predicción del parto pretérmino han mostrado mejores resultados con la fibronectina fetal.

Presentamos los resultados obtenidos en pacientes afiliadas a esta unidad hospitalaria.

1. PROBLEMA

¿El uso de la fibronectina fetal, es un método pronóstico efectivo para determinar la presentación de parto pretérmino?

2. HIPÓTESIS

Las pacientes que tienen evidencia clínica de trabajo de parto pretérmino y que cuentan con una prueba de fibronectina fetal positiva tendrán resolución del embarazo en el transcurso de una semana

3. ANTECEDENTES

Se calcula que un 25% de los partos pretérmino son inducidos médicamente. Otro 25% se debe a la rotura prematura de membranas, siendo el 50% restante atribuido a partos espontáneos.

En el ser humano, el trabajo de parto normal se caracteriza de manera terminal por tres procesos:

- 1) La activación del miometrio;**
- 2) La maduración cervical y dilatación del cuello uterino y**
- 3) La ruptura de las membranas corioamnióticas ².**

La etiología para el parto pretérmino es multifactorial sin embargo implica en mayor frecuencia los factores infecciosos y los cuadros de anemia.

Las contracciones uterinas antes de finalizar el embarazo, no siempre indican el comienzo del parto, el diagnóstico del parto pretérmino se confirma si existen cambios cervicales y requiere, al menos, de realizar dos exploraciones separadas por un intervalo de tiempo, salvo que ya existan en el momento de la primera exploración.

De las mujeres que acuden al servicio de urgencias con embarazos pretérmino, alrededor del 60% continúan con el embarazo sin necesidad del tratamiento tocolítico, 15% permanecen con el embarazo tras recibir tratamiento útero-inhibidor y 25% ocurre el nacimiento en 48hrs con o sin tratamiento tocolítico ³. Esto provoca que los costos por la atención de los partos prematuros y el ingreso posterior de los recién nacidos a la unidad de cuidados intensivos neonatales sean altos e incluyen costos inmediatos y a largo plazo.

Aunque durante las dos últimas décadas se han logrado pocos avances en la reducción de la incidencia del trabajo de parto prematuro, la prolongación del embarazo en el corto plazo permite la administración de corticoesteroides a la madre para acelerar la maduración de los pulmones y otros órganos fetales y facilitar el traslado de la madre antes del nacimiento a un centro que pueda brindar atención neonatal especial o intensiva adecuada.

En las naciones desarrolladas, las complicaciones de la prematuridad son las responsables de la mayoría de la morbilidad perinatal en recién nacidos sin anomalías, en los Estados Unidos, los trastornos condicionados por la prematurez provocan más del 70% de las muertes

fetales y neonatales, las secuela a largo plazo de la prematurez contribuyen de forma desproporcionada a las alteraciones del desarrollo, discapacidades visuales y auditivas, enfermedad pulmonar crónica y parálisis cerebral.

El parto prematuro esta precedido por una serie de cambios en la actividad biológica de las células en la interfase coriodecidual, estas alteraciones, seguramente se deben a una disrupción mecánica o proteolítica de esta interfase, produciéndose una secreción de ciertas proteínas o productos de degradación de proteínas procedentes tanto del corión como de la decidua, hacia el cérvix y vagina³. Dado que la fibronectina oncofetal se ha identificado en esa zona, es probable que la disrupción de la interfase provoque una secreción de la misma. Esta fue la hipótesis, de un grupo de investigadores que encabezados por Lockwood diseñaron un estudio prospectivo para dilucidar si la presencia de fibronectina, en los casos con sintomatología de amenaza de parto prematuro fue un sensible y específico predictor de riesgo de parto prematuro, con o sin ruptura prematura de membranas.⁷

La fibronectina fetal tiene un valor predictivo positivo bajo para el diagnóstico de parto pretérmino en gestantes sintomáticas. Su importancia reside en el alto valor predictivo negativo que posee; así un test negativo a la fibronectina fetal, en una gestante sintomática, orientaría hacia el diagnóstico de falso parto pretérmino, en los casos de positividad del test debe considerarse el tratamiento tocolítico y la aceleración de la madurez pulmonar fetal con corticoides⁴.

En la actualidad el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino se continúa realizando en la mayoría de los centros hospitalarios, mediante los criterios de contracciones uterinas asociadas a modificaciones cervicales (Índice de Lowenberg).

La mayor parte de los estudios que han comparado el valor predictivo de la fibronectina fetal con el de la exploración vaginal en la predicción del parto pretérmino han mostrado mejores resultados con la fibronectina fetal⁷; por lo cual se decidió aplicar este estudio en nuestra población afiliada.

4. OBJETIVO

Evaluar los resultados del uso de la fibronectina fetal en la predicción de la presentación de parto pretérmino.

4.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Conocer la edad mas frecuente de presentación de parto pretérmino.
- Conocer los antecedentes ginecoobstetricos de las pacientes que presentaron parto pretérmino.
- Conocer el porcentaje de resolución del embarazo a 7 días posteriores a la prueba

5. JUSTIFICACION

El nacimiento prematuro constituye una de las complicaciones obstétricas de mayor trascendencia debido al profundo impacto desfavorable en la salud perinatal y a pesar de los avances en la obstetricia y del cuidado perinatal durante las últimas décadas, la tasa de prematuridad no sólo no se ha modificado sino que ha aumentado, específicamente, el amplio uso de los agentes tocolíticos no han logrado reducir estos indicadores y a pesar de su papel principal en el manejo de embarazadas con riesgo de parto pretérmino o prematuro, la identificación de estas pacientes es difícil, por lo que la realización de una prueba no invasiva y simple como la determinación de fibronectina fetal en secreciones cervicovaginales parecen ser prometedoras como marcador de parto pretérmino.

6. DISEÑO

6.1. Tipo de estudio. Estudio prospectivo comparativo transversal.

6.2 Tamaño de la muestra: Se realizara este estudio a 64 pacientes divididas en 2 grupos ambos con una $n=32$.

6.3 Definición de las unidades de observación.

El estudio se realizara de febrero a junio del 2010. Se incluirán 2 grupos, los cuales se conformaran de manera aleatoria, el grupo A) Que incluirá a pacientes con prueba de fibronectina positiva y el grupo B) Que incluirá a pacientes con prueba de fibronectina negativa.

Se realizara la toma de la muestra antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento médico, las pacientes serán llevadas a la sala de exploración, donde se colocara en posición ginecológica y con ayuda de un espejo estéril se realizara la toma de una muestra del fluido cervicovaginal

del fondo del saco posterior. El hisopo se girara ligeramente durante 10 segundos aproximadamente para absorber la secreción y posteriormente se colocara en el tubo que contiene el buffer.

El hisopo será extraído del tubo previo movimiento rotatorio durante 45 a 60 segundos; después se introducirá la tira reactiva y el resultado se interpretara a los 10 segundos de la siguiente forma:

- a) La aparición de una banda indica que no hay presencia fibronectina fetal en la secreción vaginal.
- b) Dos bandas indican presencia de fibronectina, con un punto de corte que corresponde a 50 ng/ml.

En los casos positivos se iniciara tratamiento médico individualizado y se hospitalizara a la paciente.

Ante resultado negativo la paciente se egresara a domicilio con manejo individualizado e indicaciones de urgencia obstétrica, ante resultado positivo la paciente se mantendrá en observación por 24 horas y posteriormente egreso del servicio. Se mantendrá seguimiento de las pacientes hasta siete días posteriores a la realización de la prueba.

6.4 Definición del grupo control. Pacientes con gestación entre 24 y 36 semanas con datos clínicos sugestivos de parto pretérmino y prueba de fibronectina fetal positiva.

6.5 Criterios de inclusión. Pacientes embarazadas, con gestación entre 24 y 36 semanas que ingresen a la Unidad toco quirúrgico del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”, con datos clínicos sugestivos de parto pretérmino.

6.6 Criterios de exclusión. Pacientes que no deseen ingresar al estudio, con proceso infeccioso subyacente.

6.7 Criterios de eliminación. Índice tocolítico mayor a 3.

6.8 Definición de variables y unidades de medida.

Variable	Definición	Operacionalización	Tipo de variable
Edad	Edad cronológica que informe la paciente	15-25. 26-35. >35	Cuantitativa
Gestas	Numero de embarazos previos que presente la paciente	Primigestas/Multigestas	Cuantitativa
Índice tocolítico	Puntaje para establecer el éxito en la utroinhibición	1,2,3.	Cuantitativa.
Prueba de fibronectina	Prueba no invasiva basada en la presencia de fibronectina en secreciones cervicovaginales	Positiva/Negativa	Cualitativa.
Resolución del embarazo a los 7 días	Interrupción del embarazo.	Si/No	Cualitativa.

6.9 Selección de fuentes, métodos, técnicas y procedimientos de recolección de datos.



ISSSTE
HOSPITAL REGIONAL “GENERAL IGNACIO ZARAGOZA”
COORDINACIÓN DE GINECOOBSTETRICIA.
UNIDAD TOCOQUIRURGICA



No. De Folio: _____

FECHA	
Nombre de la paciente y registro.	
Edad.	
Antecedentes Ginecoobstétricos.	
Índice tocolítico de ingreso.	
Diagnóstico	
Tratamiento establecido	
Prueba de fibronectina	

6.10 Definición del plan de procesamiento y presentación de la información.

Se utilizará para el procesamiento de datos T de Student para variables cuantitativas y Chi cuadrada para variables cualitativas, así como porcentajes

7. CONSIDERACIONES ETICAS.

Se utilizará la Carta de Consentimiento debidamente Informado de la institución

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Título del protocolo:

Uso de la fibronectina fetal en la predicción del parto pretérmino

Investigador principal: Dr. Alejandro Vázquez López Medico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia, y Coordinador del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Dra. Yadira Verdi Flores Residente de 4º año del servicio de Ginecología y Obstetricia

Sede donde se realizará el estudio: Hospital Regional General Ignacio Zaragoza ISSSTE

Nombre del paciente: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

Descripción del estudio:

Evaluar los resultados del uso del kit para la determinación de fibronectina fetal en la predicción del diagnóstico de parto pretérmino.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO. El nacimiento prematuro constituye una de las complicaciones obstétricas de mayor trascendencia debido al profundo impacto desfavorable en la salud perinatal, la identificación de estas pacientes es difícil, es por eso que la realización de es una prueba no invasiva y simple como la determinación de fibronectina fetal en secreciones cervicovaginales parecen ser prometedoras como marcador de parto pretérmino,

OBJETIVO DEL ESTUDIO. El objetivo principal de este estudio es evaluar los resultados del uso de la fibronectina fetal en la predicción de parto pretérmino.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO. En estudios realizados anteriormente se ha observado que la sensibilidad y especificidad de la fibronectina fetal para la predicción del parto pretérmino dentro de los 10 días después de la realización del test fue de 65 y 85%, comparado con el 71 y 87% obtenidos con la exploración vaginal, con este estudio se conocerá de manera clara si la realización de esta prueba no invasiva, se puede utilizar como único indicador en la predicción del parto pretérmino.

Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido

RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO. En el presente estudio no existe ningún riesgo asociado a la toma de muestra o a la evolución del embarazo y/o resultado perinatal.

ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, informando las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable

8. PROGRAMA DE TRABAJO.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES								
	2010	2010	2010	2010	2010	2010	2010	2010
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Revisión Bibliográfica	■							
Búsqueda de pacientes		■						
Recopilación datos				■				
Resultados					■			
Análisis						■		
Resultados y Conclusión							■	
Revisión								■

9. RECURSOS HUMANOS.

Dra. Yadira Verdi Flores
 Dra. Araceli Espinosa Montesinos
 Dr. A. Alejandro Vázquez López

9.1. Recursos materiales.

- Servicio de admisión del área tóco quirúrgica del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”.
- Kit de prueba de fibronectina fetal que consta de un empaque que contiene un hisopo estéril de dacrón, tubo con buffer de extracción y una tira reactiva, proporcionado por el Hospital Regional “ Gral. Ignacio Zaragoza”.

9.2. Recursos financieros. No requiere.

10. RESULTADOS

Se incluyeron un total de 64 pacientes, 32 para el grupo A, y 32 para el grupo B, se observó un promedio de edad para el primero de 27.3 años, y para el grupo B de 29.4 (figura1), siendo el rango de edad más frecuente de 26 a 35 años (Cuadro 1).

Se evaluó la paridad de las pacientes encontrándose en el grupo A que 59.3% de ellas eran primigestas (n=19) y 40.7% multigestas (n=13), mientras que en el grupo B 53.1% fueron primigestas (n=17) y multigestas 46.9% (n=15) (Figura1)

En cuanto al índice tocolítico, se encontró que 10 pacientes del grupo A (31.2%) contaron con un puntaje de 2, y un 68.8% (n=22) con puntaje de 3, mientras que en el grupo B solo 18 pacientes (56.2%) cursaron con índice tocolítico de 1 y el 43.% restante (n=14) curso con índice tocolítico de 2

Se observó que la resolución del embarazo a los 7 días posteriores a la toma de prueba de fibronectina fetal, el grupo A correspondió con un porcentaje del 12.5% (n=4) y en el grupo B se presentó parto pretérmino en 5 pacientes (15.6%).

11. DISCUSIÓN

Uno de los grandes dilemas en la prevención de parto pretérmino es hacer el diagnóstico de manera temprana, sin embargo la inespecificidad de los síntomas y la ausencia de cambios cervicales dificultan la toma de decisión y propician el tratamiento con fármacos inhibidores de la actividad uterina que son innecesarios, la correlación de la fibronectina fetal sumada a los métodos clásicos de diagnóstico como medición de longitud cervical, dilatación y contracciones uterinas, pueden orientar la toma de decisiones correcta.

La literatura médica indica que la prueba establece 15 a 30% de resultados falsos positivos, sin embargo es importante señalar que el 99% de las pacientes con prueba negativa no desarrollaran parto pretérmino en los siguientes siete días, y después de catorce días, 96 a 98% de las pacientes no desencadenaran parto pretérmino, lo anterior podría evitar hospitalizaciones innecesarias, así como el uso racional de fármacos tocolíticos; basados en nuestros resultados, recomendamos que si la prueba resulta positiva se debe hospitalizar a la paciente, iniciar el manejo con fármacos uteroinhibidores, antibióticos y corticoesteroides para favorecer madurez pulmonar, en cambio si la prueba es negativa antes de egresar a la paciente a domicilio se deben de considerar los siguientes factores: la paridad de la paciente, la presencia de la actividad uterina, ya que a pesar de contar con una determinación negativa, cuando se establece el trabajo de parto, la prueba de fibronectina fetal pierde su valor predictivo.

12. CONCLUSIÓN

En este estudio se encontró una mayor frecuencia de pacientes que presentaron parto pretérmino aún con prueba de fibronectina negativa, cuando presentaban evidencia clínica de que el trabajo de parto se había establecido.

Por lo que se confirma que la utilidad de la prueba radica en su valor predictivo en pacientes con factores de riesgo de presentar parto pretérmino, antes de que tal complicación este establecida.

13. BIBLIOGRAFÍA

Cabero L, Saldivar D, Cabrillo E, Obstetricia y Medicina materno fetal, Ed. Panamericana, 1ª. Edición, España, 2007.

Gabbe s, Niebyl J, Simpson J, Obstetricia, Ed. Marban, 1ª. Edición, España, 2006.

Plaut MM, Smith W, Kennedy K. Fetal fibronectin: the impact of a rapid test on the treatment of women with preterm labor symptoms. Am J Obstet Gynecol 2003; 188:1958-95

Giles WMB, Bisits AD, Knox M, Madsen G, Smith R. The effect of fetal fibronectin testing on admissions to a tertiary maternal-fetal medicine unit and cost savings. Am J Obstet Gynecol 2000; 182: 439-442

Lowe P, Zimmerman B, Hansen W, Prospective randomized controlled trial of fetal fibronectin on preterm labor management in a tertiary care center, Am J Obstet Gynecol 2004:190, 358-362

Velasco MV. Prevención y tratamiento del parto pretérmino: lo nuevo acerca del viejo problema. Rev Med IMSS 2001; 39(5):417-427.

Lockwood C, Senyei A, Dische R et al: Fetal fibronectin in cervical and vaginal secretions as a predictor of preterm delivery. N Engl J Med 1991; 325: 669-79.

1. ANEXOS

Cuadro 1. Grupos de edad estudiados.

Edad	Grupo A	%	Grupo B	%
15-25	12	37.5	12	37.5
26-35	9	28.1	16	50.0
>35	11	34.4	4	12.5

Cuadro 2. Paridad de las pacientes en estudio.

Paridad	Grupo A	%	Grupo B	%
Primigestas	19	59.3	17	53.1
Multigestas	13	40.7	15	46.9

Cuadro 3. Índice tocolítico de ingreso para cada grupo.

Puntos	Grupo A	%	Grupo B	%
1	0	0	18	56.2
2	10	31.2	14	43.8
3	22	68.8	0	0

Cuadro 4. Resolución del embarazo a los 7 días.

	Grupo A	%	Grupo B	%
SI	4	12.5	5	15.6
NO	28	87.5	27	84.4

Cuadro 5. Resolución del embarazo a los 7 días con respecto a la paridad.

Paridad	Grupo A	Porcentaje	Grupo B	Porcentaje
Primigestas	2	50%	1	25%
Multigestas	2	50%	4	75%

Figura 1. Grupos de edad para ambos grupos.

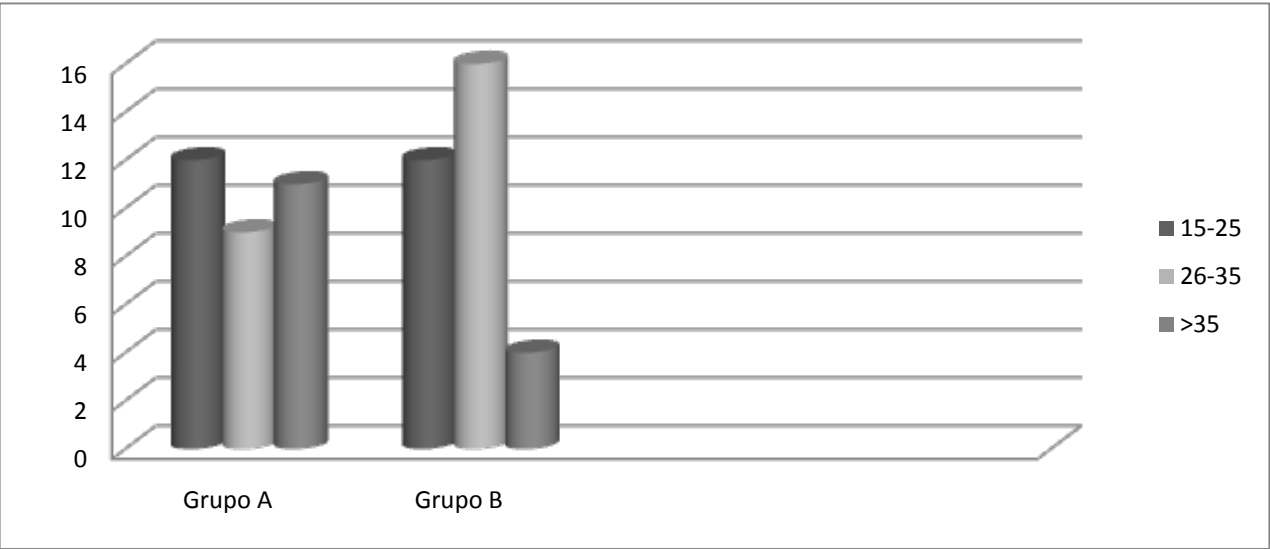


Figura 2. Paridad en ambos grupos.

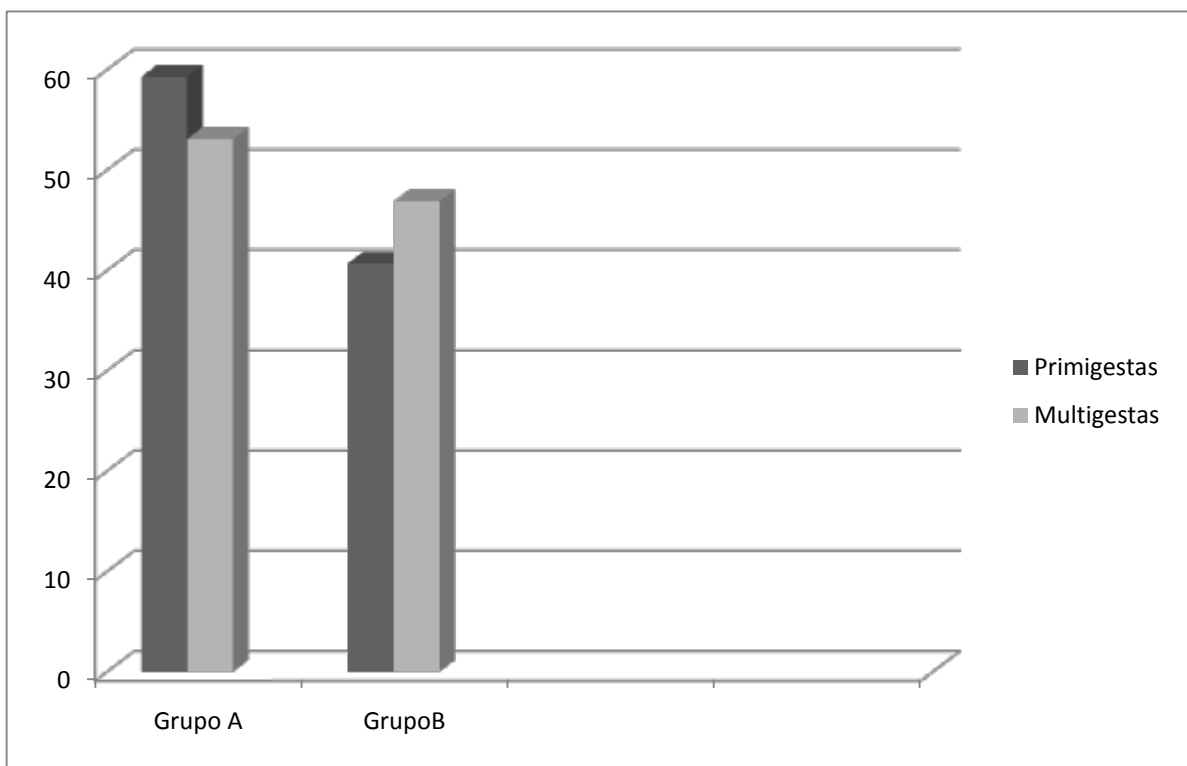


Figura 4. Resolución del embarazo en pacientes con fibronectina positiva.

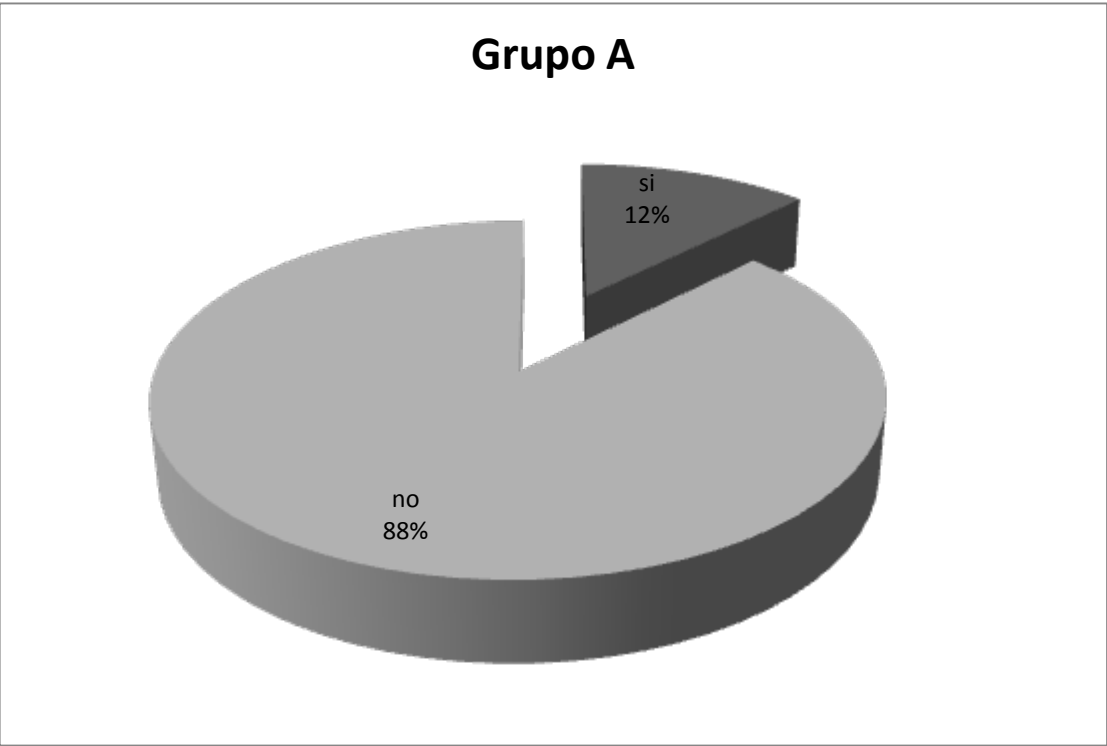


Figura 5. Resolución del embarazo en pacientes con fibronectina negativa.

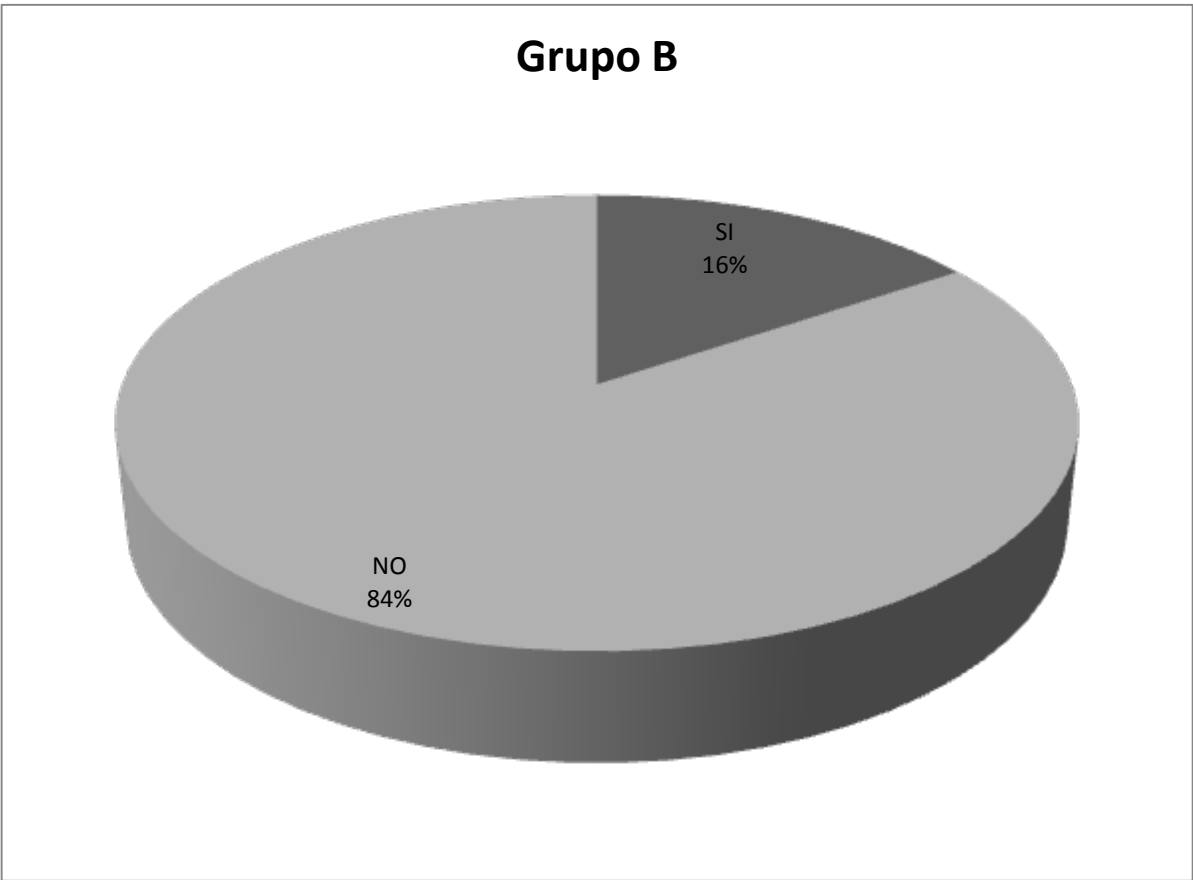


Figura 6.

Resolución del embarazo con respecto a la paridad (Grupo A)

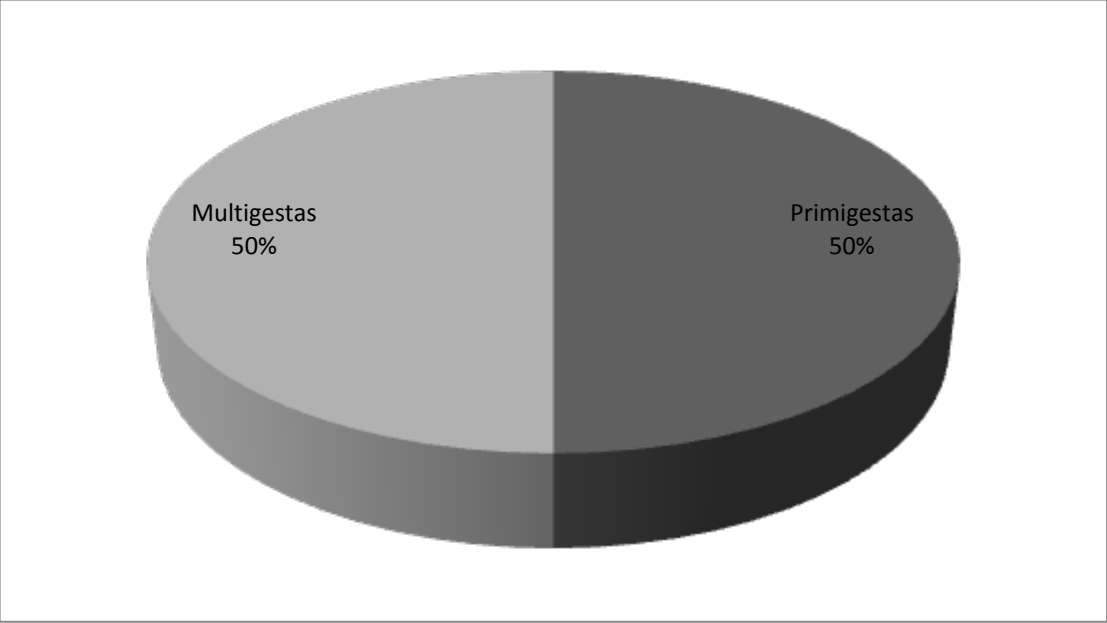


Figura 6.

Resolución del embarazo con respecto a la paridad (Grupo B)

