



**CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**
CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 de fecha 28-06-2011

LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**FACTORES DE RIESGO DE PARTO PREMATURO EN LA
GESTANTE DEL HOSPITAL GENERAL “JORGE SOBERON
ACEVEDO”**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C. DIANA ESTEFANI MARCHAN CARRETO

Asesor:

M.C:E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA

Iguala de la Independencia, Gro. Septiembre del 2021



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.



**CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 de fecha 28-06-2011

LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**FACTORES DE RIESGO DE PARTO PREMATURO EN LA GESTANTE, DEL
HOSPITAL GENERAL “JORGE SOBERON ACEVEDO”**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C. DIANA ESTEFANI MARCHAN CARRETO

Dirigido por:

M.C:E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA

SINODALES

M.C.E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA
Presidente

LIC. ENF. MARTHA ELENA CISNEROS MARTÍNEZ
Secretario

LIC. ENF. CONCEPCION BRITO ROMERO
Vocal

Iguala de la Independencia, Gro. Septiembre del 2021

RESUMEN

El parto prematuro es el mayor desafío clínico actual de la Medicina Perinatal. La mayor parte de las muertes neonatales ocurren en recién nacidos prematuros y la prematuridad es un factor de alto riesgo de deficiencia y discapacidad, con sus repercusiones familiares y sociales. Objetivo. Identificar los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante atendida en el Hospital General “Jorge Soberon Acevedo” de Iguala de la Independencia, Guerrero. Método. Estudio descriptivo, transversal y cuantitativo, la muestra fue de 39 gestantes que presentaron parto prematuro, se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20 para tabular los datos obtenidos en la implementación de la encuesta. Resultados. La embarazada en edad avanzada o muy joven presentaron el factor de riesgo de parto prematuro, El nivel educativo de las gestantes fue del 53.8% con secundaria, el 23.1% primaria y el 15.4% con un nivel de preparación de secundaria, el 71.8% son católicas y el 25.6% son cristianas, el 51.3% tiene un nivel bajo y el 48.7% tiene un nivel socioeconómico medio. En relación al número de hijos de las pacientes el 41.0% tiene un hijo, 23.1 % tiene 2 hijos y el 20.5% con tres hijos; el 92.3% refieren que han tenido partos prematuros, el 74.4% de las mujeres en estudio mencionan que han presentado 2 partos pretérmino, el 13.8 han presentado 1 partos pretérmino, el 51.3% han presentado amenaza de aborto. el 7.7% tuvieron un aborto y el 5,1% dos abortos, el 10.3% presento aborto precoz (menos de 13 semanas) y el 5.1% presentaron aborto tardío (mayor a 13 semanas de gestación). Es importante mencionar que el 51.3% de las pacientes presentaron amenaza de parto prematuro, en lo que se refiere al tipo de gestación el 92.3% refiere se única y el 2.6% fue múltiple (gemelar), el 48.7% si presento sangrado durante la gestación y por esta causa presentaron parto prematuro. En relación al control prenatal el 15.4% de las pacientes menciono que no llevaron control prenatal y el resto de ellas lo llevaron de forma inadecuada porque no fueron constantes en su control durante su gestación, el 99% de las pacientes menciono que tuvieron complicación durante el embarazo, en relación a la edad gestacional del nacimiento del R/N el 20.5 % fue menor de 30 semanas y de 35 semanas respectivamente, el 15.4% de 36 semanas y el 12.8% de 32 y 34 semanas respectivamente. Conclusión. De acuerdo a los datos obtenidos se encontraron múltiples factores de riesgo en las gestantes que incidieron en la presencia de partos prematuros.

Palabras Clave: factores de riesgo, parto prematuro, gestantes.

SUMMARY

Preterm birth is the greatest current clinical challenge in Perinatal Medicine. Most neonatal deaths occur in premature newborns and prematurity is a high risk factor for deficiency and disability, with its family and social repercussions. Goal. To identify the risk factors for premature birth in pregnant women treated at the "Jorge Soberon Acevedo" General Hospital in Iguuala de la Independencia, Guerrero. Method. Descriptive, cross-sectional and quantitative study, the sample was 39 pregnant women who presented premature birth, the statistical program SPSS version 20 was used to tabulate the data obtained in the implementation of the survey. Results. Pregnant women at an advanced age or very young presented the risk factor for premature birth. The educational level of the pregnant women was 53.8% with secondary, 23.1% primary and 15.4% with a secondary preparation level, 71.8% are Catholic and 25.6% are Christian, 51.3% have a low level and 48.7% have a medium socioeconomic level. In relation to the number of children of the patients, 41.0% have one child, 23.1% have 2 children and 20.5% have three children; 92.3% report that they have had premature births, 74.4% of the women in the study mention that they have presented 2 preterm births, 13.8 have presented 1 preterm birth, 51.3% have presented threatened abortion. 7.7% had one abortion and 5.1% had two abortions, 10.3% had an early abortion (less than 13 weeks) and 5.1% had a late abortion (greater than 13 weeks of gestation). It is important to mention that 51.3% of the patients presented threat of premature birth, in what refers to the type of gestation, 92.3% referred to being single and 2.6% to multiple (twin), 48.7% if I presented bleeding during pregnancy. and for this reason they presented premature delivery. In relation to prenatal control, 15.4% of the patients mentioned that they did not have prenatal control and the rest of them did not take it in an inadequate way because they were not constant in their control during their pregnancy, 99% of the patients mentioned that they had complications during pregnancy. pregnancy, in relation to the gestational age of the birth of the R/N, 20.5% were less than 30 weeks and 35 weeks, respectively, 15.4% less than 36 weeks, and 12.8% less than 32 and 34 weeks, respectively. Conclusion. According to the data obtained, multiple risk factors were found in pregnant women that affected the presence of premature births.

Keywords: risk factors, premature birth, pregnant women.

DEDICATORIAS

A DIOS

Por haberme guiado por el camino correcto, por ser mi luz y darme la sabiduría para alcanzar mis objetivos, gracias por la familia que me otorgaste.

A MIS PADRES

Porque han fomentado en mí el deseo de superación y sacrificio, enseñándome a valorar lo que tengo, por corregir mis errores y apoyarme a tomar buenas decisiones en el transcurso de mi vida.

A MI MADRE

Por ser el pilar principal en esta formación, por el apoyo ilimitado e incondicional, por tener siempre la fortaleza de salir adelante sin importar los obstáculos, no hay palabras en este mundo para agradecerte, te amo.

A MI ABUELA

Por ser la primera persona en confiar en mis conocimientos, por cuidarme desde pequeña, por llevarme en sus oraciones porque estoy segura que siempre lo hace.

C. DIANA ESTEFANI MARCHAN CARRETO.

AGRADECIMIENTOS

A MI TÍA Y PRIMA

Por apoyarme tanto material como económicamente en todo el transcurso de mi carrera profesional, que dios las llene de bendiciones siempre.

A MI ASESORA M.C.E VIRGINIA HERNANDEZ GARCIA

Por compartir sus conocimientos en base a su experiencia y por guiarme en el proceso de la presente tesis.

A VICTOR RAFAEL SANTANA BRITO

Porque en todo momento fue un apoyo incondicional, motivándome y ayudándome a poner en práctica mis conocimientos adquiridos en la universidad.

Con cariño y respeto a todos nuestros maestras y maestros de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia del Centro Universitario Iguala, por los conocimientos que nos proporcionaron en nuestra preparación profesional

C. DIANA ESTEFANI MARCHAN CARRETO

ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Agradecimientos	iii
Reconocimientos	iv
I. Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	2
1.2 Justificación	4
1.3 Objetivos	5
II. Revisión de la Literatura	7
2.1 Antecedentes	8
2.2 Definiciones	9
2.3 Embarazo de riesgo	12
2.4 Incidencia	13
2.5 Factores de riesgo de parto pretérmino espontaneo	14
2.6 Fisiología	18
2.7 Diagnóstico	19
2.8 Tratamiento	23
2.9 Seguimiento obstétrico	32
2.10 Medidas preventivas	35
2.11 Vía del parto	38
2.12 Mortalidad materna	39
2.13 Mortalidad perinatal	39
2.14 Estudios relacionados	40
III. Metodología	43
IV. Resultados y discusión	53
V. Conclusiones y sugerencias	78
VI. Bibliografía	81

Anexo "A" Consentimiento informado	84
Anexo "B" Instrumento de medición	85

ÍNDICE DE CUADROS y FIGURAS

No. De cuadro		Pág.
4.1	Edad materna en el momento del parto	53
4.2	Estado Civil	54
4.3	Nivel educativo	55
4.4	Religión	56
4.5	Nivel socioeconómico	57
4.6	Problemas sociales	58
4.7	Tabaquismo.	59
4.8	Paridad (número de hijos)	60
4.9	Número de partos a Término	61
4.10	Ha presentado de partos pretérmino	62
4.11	Cuantos partos pretérmino ha presentado	63
4.12	Amenaza de aborto	64
4.13	No. De abortos	65
4.14	Tipo de aborto	66
4.15	Presenta malformación uterina	67
4.16	Tipo de gestación	68
4.17	Has tenido Sangrado durante la gestación	69
4.19	Has tenido alguna enfermedad de transmisión sexual	70
4.20	Llevaste control prenatal	71
4.21	Numero de consultas que asistieron	72
4.22	Complicaciones durante el embarazo	73
4.23	Edad gestacional del Recién Nacido Prematuro	74

I. INTRODUCCIÓN

El parto prematuro es el mayor desafío clínico actual de la Medicina Perinatal. La mayor parte de las muertes neonatales ocurren en recién nacidos prematuros y la prematuridad es un factor de alto riesgo de deficiencia y discapacidad, con sus repercusiones familiares y sociales.

Existe un aumento de la tasa de prematuridad en los países desarrollados, que refleja no solo el aumento de la tasa de incidencia sino también cambios en la práctica asistencial a estos neonatos, con avance de los cuidados obstétricos y neonatales, que permite la supervivencia de neonatos cada vez más inmaduros. Es importante mencionar que la situación en estos países es muy diferente, con tasas de prematuridad, bajos pesos al nacimiento y mortalidad neonatal elevada, en relación con la patología nutricional infecciosa de la población. Las medidas sanitarias deben estar dirigidas a detectar y controlar las gestaciones de riesgo, evitar la infección perinatal y proveer reanimación neonatal básica para mejorar la morbimortalidad neonatal (Tucker, 2004).

Los avances en los cuidados durante las últimas décadas, en especial en la detección de “embarazo de alto riesgo” han permitido disminuir la mortalidad materna, sin embargo, es poco lo que se ha logrado disminuir la frecuencia de prematuridad. La identificación oportuna de factores riesgo de parto prematuro es imprescindible para instituir un tratamiento adecuado y disminuir los índices de parto prematuro (Mendoza, 2016).

El parto pretérmino, es aquel que se produce antes de la semana 37 de gestación, es considerado como la principal causa de morbimortalidad neonatal, así como de alteraciones neurológicas como problemas del lenguaje y aprendizaje, deterioro sensorial, visual, auditivo, entre otra, con sus repercusiones

familiares y sociales (González et al, 2016). Por consiguiente, el parto prematuro es el mayor desafío clínico actual de la medicina Perinatal.

1.1 Planteamiento del problema

El parto pretérmino (PP) tiene tasas de prevalencia diferenciales secundarios a la complejidad del centre de salud y a las características de la población estudiada, y la Organización Mundial de la salud (OMS) señal que a nivel mundial tiene una tasa entre el 5 y 10 % (Guillén, 2014). Es responsable del 27 al 30% de la mortalidad neonatal con una relación inversamente proporcional entre la edad gestacional y la mortalidad, correspondiéndose una mayor tasa de morbimortalidad perinatal a menor edad gestacional. (Cruz, 2014). También es responsable de las elevadas tasas de morbilidad neonatal y durante la lactancia como es parálisis cerebral, déficits sensoriales, problemas de aprendizaje y enfermedades respiratorias en comparación con los niños recién nacidos a término. En México está reportado que más de 40% de los niños menores de cinco años tienen ceguera secundaria a retinopatía del prematuro (Minguet, 2014).

Las estimaciones mundiales reportadas hasta 2010 refieren que 1.1 millones de neonatos murieron como consecuencia de las complicaciones que acompañan a la prematurez, es la segunda causa de muerte en los niños menores de cinco años. Las tasas de parto prematuro en el periodo 1990-2010 sugieren un aumento de recién nacidos pretérmino que puede explicarse, en parte, por el mejor registro de los nacimientos prematuros, sin embargo, las tendencias de la tasa de prematuridad de los países de bajos y medianos ingresos siguen siendo inciertas (Guía Práctica Clínica, 2017).

Su incidencia oscila entre el 5% (algunos países de Europa) y 18% (algunos países de África) (OMS, 2018). Sin embargo, y a pesar de los recientes avances

en obstetricia, de 65 países que disponen de datos fiables sobre tendencias, todos menos tres han registrado un aumento en las tasas de nacimientos prematuros en los últimos 20 años.

En América Latina no hay estadísticas confiables sobre el parto pretérmino, pero se estima que la frecuencia global supera el 10% del total de nacidos vivos, Esto se explica por las diferencias en el nivel socioeconómico y educacional entre los países desarrollados y los que están en vías de serlo. Diferencia que se traduce en la cantidad y calidad de recursos destinados a la prevención y tratamiento del parto prematuro (Mendoza, 2016).

En el INMP, centro de referencias de la patología obstétrica en Perú, la tasa de partos pretérminos se mantiene entre 8 y 10% en los últimos 8 años (2010-2018) (Instituto Nacional Materno de perinatal)

Desde hace varios años se vienen analizando los factores asociados con el parto pretérmino y realmente no han existido cambios en su incidencia como se observó en un estudio efectuado en 2001-2002 en el hospital del segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde el factor asociado más frecuente fue la infección de vías urinarias ($p < 0.05$) el parto pretérmino sucedió en 7% de las embarazadas (Minguet, 2014).

El IMSS reportó en el quinquenio 1989-1993 el 6,4% de recién nacidos con un peso menor a 2500 g y la mortalidad neonatal temprana por complicaciones asociadas con la prematurez fue de 53.3% en 1998. 14% en el 2006, se reportó que la prematurez fue la causa de mortalidad infantil en 75% y de mortalidad neonatal temprana en 62% de los casos. en seis países en vías de desarrollo.

Desde hace varios años se vienen analizando los factores asociados con el parto pretérmino y realmente no han existido cambios en su incidencia como se

observó en un estudio efectuado en 2001-2002 en el hospital del segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde el factor asociado más frecuente fue la infección de vías urinarias ($p < 0.05$) el parto pretérmino sucedió en 7% de las embarazadas (Minguet, 2014).

El IMSS reportó en el quinquenio 1989-1993 el 6,4% de recién nacidos con un peso menor a 2500 g y la mortalidad neonatal temprana por complicaciones asociadas con la prematurez fue de 53.3% en 1998. 14% en el 2006, se reportó que la prematurez fue la causa de mortalidad infantil en 75% y de mortalidad neonatal temprana en 62% de los casos. en seis países en vías de desarrollo.

La prematuridad representa un desafío para la medicina moderna y también un enorme problema para la familia, la sociedad y la economía de un país. Por lo anterior expuesto es importante ¿Identificar los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del hospital General “Jorge Soberon Acevedo” de Iguala de la Independencia, Guerrero?

1.2 Justificación.

El parto prematuro es un problema de salud perinatal importante en todo el mundo. Los países en desarrollo, son los que sufren la carga más alta en términos absolutos. Es importante comprender las causas de la prematuridad y obtener estimaciones más precisas de la incidencia de este problema en cada país si se desea mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz. Es importante mencionar que el parto pretérmino representa no solo un problema obstétrico, sino un problema de salud pública, ya que contribuye hasta un 70% con la mortalidad perinatal a nivel mundial y produce una elevada morbilidad neonatal, manifestado por secuelas neurológicas que repercuten en la vida futura del neonato, la madre y sus familias.

El presente estudio tiene la finalidad de identificar los factores de riesgo del parto prematuro para proporcionar una atención de calidad a las gestantes en su control prenatal para disminuir los índices de morbilidad y mortalidad perinatal.

Este trabajo de investigación resalta la relevancia del abordaje científico enfatizando la necesidad de la prevención mediante programas educación sexual y reproductiva a todas las gestantes, para garantizar una mejor calidad de vida a las mujeres en edad reproductiva y disminuir la morbimortalidad de los neonatos por parto prematuro.

Es de vital importancia que el personal de enfermería que atienden a las mujeres embarazadas conozca las causas y medidas de prevención que ayuden a prevenir los partos pretérmino para proporcionar una atención de calidad a este grupo de población.

1.3 Objetivos.

1.3.1 Objetivo General.

- ✚ Identificar los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante atendida en el Hospital General “Jorge Soberon Acevedo” de Iguala de la Independencia, Guerrero

1.3.2 Objetivos Específicos

- ✚ Identificar la tipología más frecuente de los factores predisponentes del parto prematuro que presentan la gestante
- ✚ Conocer los factores demográficos del grupo de población estudiada-

- ✚ Proponer alternativas de solución para disminuir la incidencia de parto prematuro en las mujeres gestantes.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

La prematuridad se considera la principal causa de morbimortalidad neonatal y se define como el parto que tiene lugar antes de la semana 37 de gestación. A pesar de la administración de tocolíticos, la prevalencia se ha mantenido invariable, o incluso ha ido en aumento en los últimos años y representa aproximadamente un 7-9% de los partos.

El parto pretérmino se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas (> 4 en 20 minutos o >8 en una hora) y cambios cervicales (< 20mm o fibronectina fetal positiva asociada a longitud cervical entre 29 a 20 mm) documentados con membranas amnióticas íntegras entre las 20.1 a las 36 semanas con 6 días (Minguet, 2014)

En función de la edad gestacional en la que tiene lugar el parto pretérmino definimos (Goldenberg et al, 2008):

1. Prematuridad extrema: parto antes de las 28,0 semanas de gestación. Representa el 5% de los partos pretérmino.
2. Prematuridad severa: entre 28,1 a 31,6 semanas (15% de los partos pretérmino).
3. Prematuridad moderada: entre 32,0 y 33,6 semanas (20% de los partos pretérmino).
4. Prematuridad leve: entre las 34,0 – 36,6 semanas. Representa 60% de los partos pretérmino

La introducción de mejoras prenatales como el uso de corticoides y de antibióticos en las roturas prematuras de membranas y mejoras postnatales como la introducción de surfactante, de terapia ventilatorias más efectivas y de nutrición neonatal, han mejorado la supervivencia y han disminuido la morbilidad de los neonatos.

Etiología.

La etiología de la prematuridad es multifactorial:

1. Parto pretérmino espontáneo: representa el 31-40% de los partos pretérmino:
 - Infección intraamniótica. Responsable del 10-12% de los casos de parto pretérmino con bolsa íntegra
 - Causa vascular: isquemia (trombofilia hereditaria o adquirida) o hemorrágica (placenta previa, DPPNI, hemorragia 1° o 2° trimestre de causa no filiada).
 - Estrés psicológico/físico.
 - Sobredistensión uterina: gestación múltiple, responsable del 15.20% de los partos pretérmino.
2. Rotura prematura de membranas: aparece en un 3-5% de las gestaciones. Representa un 30-40% de los partos pretérmino.
3. Finalización electiva por patología materna y/o fetal (hipertensión gestacional, RCIU) representa el 20-25% de los partos pretérmino (Palacio et al, 2015).

2.1 Antecedentes.

La lucha contra el parto pretérmino (PPT) representa la medida más importante para reducir la mortalidad perinatal ya que el 75% de ella es debida a la prematuridad. Debido a que el riesgo de morbilidad en los nacimientos cercanos al término es bajo, la mayor atención se orienta al parto pretérmino temprano (<32 semanas); si bien los nacimientos de este grupo representan el 1% a 2% de todos los partos, ellos son responsables del 50% de la morbilidad neurológica a largo plazo y del 60% de la mortalidad neonatal. Una

tercera parte de los prematuros pesan de 2.500 y tienen algún grado de restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) (Restrepo, 2015).

Las complicaciones a corto plazo asociadas a la prematurez son: síndrome de dificultad respiratoria (SDR), hemorragia intra y paraventricular (HIV/PV), leucomalacia periventricular (LPV), enterocolitis necrosante, displasia broncopulmonar, sepsis y persistencia del ductus arterioso; la morbilidad a largo plazo incluye parálisis cerebral (PC), retardo mental, retinopatía del prematuro, epilepsia, ceguera, sordera. La tercera parte de los fetos con menos de 27 semanas tendrán HIV/PV grado III o IV, la que en el 100% de los casos se traducirá en secuelas neurológicas como la parálisis cerebral; por encima de las 28 semanas las tasas de HIV/PV no superan el 5%. Por debajo de las 27 semanas, las morbilidades más frecuentes en su orden son; síndrome de dificultad respiratoria, HIV/PV, sepsis (Restrepo, 2015).

El parto pretérmino se divide en:

1. Espontáneo (80%), el cual es una enfermedad multifactorial, con múltiples presentaciones clínicas que incluye el trabajo de parto pretérmino (TPPT) en el 50% de los casos y la ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO) en el 30% de los mismos.
2. Parto pretérmino debido a indicaciones médicas maternas o fetales (20%) como: preeclampsia, eclampsia, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, RCIU, etc. (Restrepo, 2015).

2.2 Definiciones.

Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación (Kimberly y Choherry, 2005), siendo la gestación una variable fisiológica fijada en 280 días, más menos 15 días.

Parto pretérmino.

Todo nacimiento que ocurre entre las 22 y 26+6 semanas sin importar el peso en el embarazo normal.

Es un estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término (Guía Práctica Clínica, 2009).

Riesgo.

En medicina el riesgo se define como la probabilidad de que se presente un hecho negativo en la salud. Su asignación expresa numéricamente la posibilidad de sufrir el evento adverso y se debe entender como una medición de algo incierto, ya que el hecho de tener un riesgo, no necesariamente implica que quien lo tenga va a sufrir el daño; igualmente, no se puede asegurar que quien no tenga tal riesgo no pueda sufrir el mismo daño.

El estudio de los grupos de individuos permite obtener la probabilidad de que el daño se presente en la población, sin embargo, es imposible predecir en cuál individuo en particular se presenta el daño (Zuleta y Gómez, 2015).

Factor de Riesgo.

Es una circunstancia del individuo o de su medio que le aumenta la probabilidad de padecer un daño. Cuando está presente en un grupo hace que en este haya un mayor número de afectados en comparación con aquel grupo que no presenta esa característica o factor de riesgo. La importancia de los factores de riesgo radica en que son identificables u observables antes de la ocurrencia del daño que predicen, por tanto, en muchos casos, se pueden intervenir con el fin de

intentar disminuir la frecuencia de aparición del daño. Los factores de riesgo son múltiples: biológicos, sociales, culturales, económicos e institucional, entre otros (Zuleta y Gómez, 2015).

Asignación del riesgo.

A partir de los estudios epidemiológicos se logra identificar cuales factores predisponen a la aparición de determinadas enfermedades o de la muerte. La primera aproximación al riesgo de una mujer en particular se da por la incidencia del desenlace negativo en la población a que ella pertenece; sin embargo, es un indicador poco específico por la gran variabilidad que existe dentro de los diferentes grupos humanos. Esta incidencia se obtiene al dividir el número de casos nuevos de la enfermedad que se presentan en la población en un periodo de tiempo determinado por el número total de personas que estuvieron expuestas al FR en ese mismo periodo. La labor del médico está en detectar aquellas condiciones que previamente se confirmaron como predisponentes o como protectoras de los desenlaces negativos y con base en ellas asignar el riesgo individual de la mujer. Un principio básico en la prevención es que la intensidad de las intervenciones para reducir el riesgo se debe ajustar al riesgo absoluto de la persona, es de esperar que en la medida que la cuantificación del riesgo sea más exacta, mejor será el resultado de las intervenciones (Zuleta y Gómez, 2015).

Enfoque de riesgo.

Es un método que se emplea para identificar grupos específicos de individuos con diferentes necesidades con el fin de brindarles cuidados preventivos, vigilancia y tratamientos oportunos y adecuados; su implementación, tanto en problemas crónicos como agudos e independientemente de la causa, implica la redistribución de los recursos a favor de los grupos con mayores probabilidades de sufrir la enfermedad, la incapacidad o la muerte.

Las mujeres embarazadas y los niños son especialmente susceptibles a padecer enfermedades y complicaciones; por tanto, son grupos donde es muy valioso implementar la atención con base en el enfoque de riesgo (ER). Este plan se puede emplear como guía para diseñar las intervenciones, asignar recursos, ampliar la cobertura y mejorar la referencia oportuna, todo con la finalidad de disminuir la morbilidad materna y perinatal. Para ratificar lo dicho antes la OMS afirma que toda mujer embarazada enfrenta un riesgo, ya que el 66% de las mujeres que fallecieron no tenían factores de riesgo (Zuleta y Gómez, 2015).

2.3 Embarazo de riesgo.

Hace referencia a aquel en el que se detectan una o más circunstancias o factores que, por su naturaleza, pueden suponer un riesgo para la gestación actual, pudiendo afectar negativamente a los resultados materno-fetales. La gestación de riesgo hace referencia también a aquella mujer que presenta una patología médica que pudiera verse influida negativamente por el curso de un embarazo. En ambos casos, la gestación de riesgo conlleva conductas de manejo específicas, un mayor número de visitas prenatales, así como la implicación en muchas ocasiones de especialistas médicos distintos al obstetra y la atención en un nivel asistencial más especializado.

Un factor de riesgo obstétrico es cualquier característica o circunstancia médica, obstétrica o sociodemográfica que, en el curso de una gestación puede conllevar un aumento en la morbilidad tanto materna como fetal con respecto a la población general. El objetivo de la evaluación del riesgo obstétrico es poder poner en marcha acciones preventivas en función de esos factores de riesgo identificados para evitar complicaciones materno-fetales (AMIRSALUD)

Organización de la atención obstétrica según el riesgo.

El embarazo de alto riesgo, (AR), es aquel que representa para la mujer o para su feto o recién nacido una probabilidad de un resultado adverso mayor que la incidencia de ese resultado en la población general. Con la base en la presencia del riesgo se programan el nivel de complejidad del sitio y del personal que se encargara de realizar la atención y la necesidad de hacer intervenciones diagnósticas o de tratamientos adicionales a las que rutinariamente se practican al resto de las embarazadas. La mayoría de los embarazos no se catalogarán como de alto riesgo (AR) según esta definición y el objetivo de su atención es asesorar, tranquilizar, educar y apoyar a la mujer y a su familia, solucionar las molestias menores que induce la gestación y confirmar, mediante la atención y los exámenes de laboratorio, que la mujer continua con bajo riesgo (BR). Para la pequeña proporción de mujeres que se clasifican como de alto riesgo (AR), se adiciona a este plan general la implementación de acciones dirigidas a prevenir, detectar en forma temprana y tratar los factores o problemas que afectan de manera adversa la salud de la madre o hijo. A pesar del consenso que se tiene en cuanto a los beneficios de la atención prenatal no existe un plan de atención que se acepte de manera universal; en cada país o incluso en cada institución de salud se tienen programas diferentes (Zuleta y Gómez, 2015).

Trabajo de parto pretérmino.

Presencia de contracciones regulares asociadas con uno de los siguientes signos: cambios en el cuello (dilatación ≥ 3 cm, o borramiento del 80%), sangrado vaginal o ruptura prematura de membranas ovulares. La amenaza de parto prematuro se presenta cuando sólo hay contractilidad uterina aumentada (más de 4 contracciones/hora), sin los cambios antes descritos (Restrepo, 2015)

2.4 Incidencia.

La incidencia en Europa permanece entre el 5% y el 10%, en Estados Unidos ha aumentado del 12% a 13%. En el Hospital Universitario de san Vicente Fundación de la ciudad de Medellín la tasa de prematuridad en el año de 1986 fue del 12.2%. No obstante, las tasas de mortalidad perinatal han disminuido en los últimos años, debido a la mejoría de las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y a un mejor acceso a los servicios de salud. El surfactante disminuye la mortalidad de los fetos de 24 semanas del 91% al 40% y la de un feto de 28 semanas a menos del 5%, lo que prácticamente resuelve el problema de la mortalidad; pero es la morbilidad residual la que pone en tela de juicio tanta inversión y tecnología para obtener prematuros vivos, pero enfermos; el dilema es sobrevivir frente a calidad de vida (Resprepo, 2015).

2.5 Factores de riesgo de parto pretérmino espontáneo.

Pretérmino anterior.

Es el factor de riesgo más potente relacionado con la prematuridad, los abortos antes de las 17 semanas no confieren más riesgo de parto pretérmino recurrente- El riesgo de recurrencia en gestante con historia de parto pretérmino anterior es del 15% al 50% dependiendo del número y la edad gestacional de los partos pretérmino anteriores:

- Si antecedente de parto < 28 semanas, el riesgo de presentar un nuevo parto pretérmino se multiplica por 10 (RR 10,5).
- Sin embargo, gestantes con historia obstétrica de un parto pretérmino espontáneo antes de las 35 semanas tienen un riesgo de un parto pretérmino en una nueva gestación del 15%. Si 2 antecedentes, el riesgo es de 41% y si 3 antecedentes, del 16% (Palacio et al, 2015).

Infección.

El más importante, representa entre el 40 y el 50% de las causas de trabajo de parto pretérmino: corioamnionitis, cervicovaginitis, vaginosis bacteriana, infección del tracto urinario, enfermedad periodontal y apendicitis.

Antecedentes ginecobstétricos.

El riesgo de recurrencia oscila entre el 17% y el 40% y depende del número de PPT previos y de lo temprano que se hayan presentado éstos en las gestaciones anteriores; periodos intergenésicos corto; abortos de repetición; paridad (≥ 3), malformaciones uterinas; incompetencia cervical; miomas submucosos; antecedentes de conización u otras cirugías del cuello; desgarros cervicales; bajo IMC pregestacional y pérdida o no ganancia de peso durante la gestación (Resprepo, 2015).

Factores demográficos.

- ✚ Edad menor de 17 o mayor de 35 años, bajo nivel socioeconómico y cultural, madre soltera, raza negra (riesgo dos veces mayor), violencia intrafamiliar, abuso doméstico, y el estilo de vida.
- ✚ Longitud cervical.
- ✚ Evaluada por ecografía transvaginal tiene una relación inversamente proporcional con la incidencia de PPT.
- ✚ Hábitos y conductas.
- ✚ Fumar (20% a 30% más probabilidad de tener un PPT), drogadicción y alcoholismo, el trabajo laborioso, estrés físico y psíquico.

Complicaciones médicas.

- ✚ Hipertensión, diabetes, enfermedades renales, anemia, desnutrición, sífilis e infecciones urinarias.

- ✚ Complicaciones obstétricas.

- ✚ Insuficiencia placentaria, preeclampsia, RPMO, embarazo múltiple, diabetes gestacional, hemorragia de la segunda mitad del embarazo asociada o no a placenta previa o abrupcio de placenta, polihidramnios y presentación fetal anormal (Resprepo, 2015).

- ✚ Estrés Laboral.

Existe controversia. Cierta relación con el número de horas trabajadas con un grado de actividad física importante sobre condiciones psicológicas de estrés. Mujeres expuestas a condiciones de estrés tienen niveles aumentados de marcadores inflamatorios como la PCR, hecho que sugiere que la vía inflamatoria sea la causa del riesgo de parto pretérmino en estos casos (Palacios et al, 2015).

Factores uterinos.

- Cirugía uterina previa (ej., conización)
- Malformaciones uterinas (cervix hipoplásico secundario a tratamiento médico con dietiles-tilbestroil, miomas uterinos que deforman la cavidad endometrial).
- Antecedentes de incompetencia cervical (Palacio et al, 2015).

Otros:

- Trauma o cirugía abdominal, enfermedades virales.

- Carencia o inadecuado control prenatal

Grupo de riesgo de parto pretérmino.

Son susceptibles de un seguimiento específico, óptimamente en una Unidad de Prematuridad, aquellas pacientes con un “riesgo potencial” de parto pretérmino por sus antecedentes obstétricos o bien por presentar un cuadro de riesgo en la gestación actual:

1. Antecedente previo de parto pretermino espontaneo o rotura prematura de membranas < 34 semanas. Se excluye la patología materna y/o fetal que motiva una finalización más precoz de la gestación (trastornos hipertensivos, RCIU, DM mal controlada, etc).
2. Historia obstétrica sugestiva de incompetencia cervical \geq 15 semanas de gestación. Incluye pacientes con abortos de 1er trimestre en las que en la gestación actual se objetiva en la ecografía de cribado prenatal en 2º trimestre un cérvix < 25 mm o un acortamiento cervical después de presión suprafúndica.
3. Episodio de amenaza de parto pretérmino a la gestación actual.
4. Cuadro de rotura prematura de membranas < 24 semanas de gestación.
5. Hallazgos ecográficos de acortamiento y/o modificaciones cervicales en pacientes asintomáticas.
6. Factores uterinos.

De acuerdo con los hallazgos ecográficos, se revalorará el riesgo de la paciente de presentar un parto pretérmino en la actual gestación. De acuerdo con estos hallazgos, se propondrá un seguimiento de alto o de bajo riesgo (Palacio et al, 2015).

2.6 Fisiopatología.

En el 30% a 50% de los casos no se conoce la etiología. Existen cuatro vías reconocidas de TRRT a saber: la infección intrauterina y sistemática, el estrés materno-fetal (activación endocrina fetal precoz), la hemorragia coriodesidual y la sobredistensión uterina. Estas producen la activación miometrial, la maduración cervical y la activación de las membranas fetales, mediante la activación de la cascada inflamatoria, con síntesis y liberación de prostaglandinas y de metaloproteinasas (MMPs) las cuales modifican el cuello, remodelan las fibras de colágeno y estimulan la contractilidad uterina. Hay disminución de los inhibidores tisulares de las MMPs de la matriz colágena extracelular, todo lo cual favorece la ruptura prematura de membranas pretérmino (Respreo, 2015).

Síndrome de respuesta inflamatoria fetal.

La actividad bacteriostática y bactericida del líquido amniótico se encuentra disminuido en fetos pretérmino, lo que predispone a la colonización bacteriana con presentación de RPMO e infección intramniótica. Hay asociación entre la inflamación-infección intrauterina y la morbilidad neonatal y neurológica a largo plazo (parálisis cerebral y desarrollo sicomotor posterior inadecuado). La tercera parte de las pacientes con corioamnionitis presenta bacteriemia fetal, y el 50% de los fetos presenta una respuesta inflamatoria sistémica, que se caracteriza por aumento de las concentraciones de citocinas, quimoquinas, factores de crecimiento, prostaglandinas y MMPs en plasma fetal; además ocurre estrés oxidativo. A esta condición fisiopatológica es a lo que se denomina síndrome de respuesta inflamatoria fetal, el cual es un mecanismo de supervivencia en un ambiente intrauterino que se ha tornado desfavorable. Así, se concibe un nuevo concepto en la fisiología de los síndromes asociados a la parálisis cerebral: la respuesta inflamatoria sistemática fetal previa al parto parece jugar un papel fundamental en el daño de la sustancia blanca periventricular en niños productos

de parto pretérmino. Esta lesión es un factor de riesgo más importante para predecir la instauración de parálisis cerebral en niños comprometidos (Resprepo, 2015).

2.7 Diagnóstico

Se utilizan marcadores clínicos y bioquímicos. Los primeros se encuentran en el útero, siendo importantes:

Edad gestacional.

De 22 a 36 semanas de amenorrea conocida y que se correlacione con signos clínicos y paraclínicos que la confirmen. Si la amenorrea es desconocida o no confiable, debe relacionarse el dato de la altura uterina con los hallazgos ecográficos.

Contracciones uterinas.

Hay aumento de la intensidad y frecuencia de la actividad uterina espontánea. Las contracciones de Braxton-Hicks se vuelven dolorosas y pueden palparse con facilidad; existe falso trabajo de parto en el 50% de los casos. La frecuencia contráctil normal es de dos contracciones por hora en embarazos por debajo de las 32 semanas y de tres contracciones por hora entre las 33 y 36 semanas.

Cuello uterino.

Los cambios cervicales no ocurren como resultado de las contracciones uterinas; con frecuencia estos cambios preceden al inicio de las mismas o suceden simultáneamente con ellas. Hay MMPs en el segmento uterino que influyen más en la dilatación que la actividad uterina. Los cambios cervicales que indican el comienzo y progreso del trabajo de parto pretérmino son: cuello central,

borramiento total o parcial (no importante en multíparas), dilatación ≥ 3 cm, progreso de la dilatación y el borramiento y la expulsión de moco. Una cervicometría < 25 mm indica que la paciente está en trabajo de parto (Restrepo, 2015).

Marcadores bioquímicos.

Citocinas y proteasas cervicovaginales y séricas; indicadores de estrés materno-fetal como la hormona liberadora de corticotropina (CRH); estriol y estradiol en plasma, orina o saliva y la fibronectina fetal. Debido a la importancia de la infección en la patogenia del trabajo de parto pretérmino algunos centros utilizan la amniocentesis en el tratamiento del mismo; las mujeres con cultivo de líquido amniótico positivo se consideran infectadas: una tinción de Gram negativa es la prueba más confiable para excluir la presencia de bacterias en el líquido amniótico (especificidad del 99%) y un nivel alto de IL-6 en LA (> 11 pg/ml) es la prueba más sensible (82%) para la detección de bacterias. Es útil la cuantificación de glucosa en líquido amniótico con cifras inferiores a lo normal (< 15 mg/dL) (Restrepo, 2015).

Factores predictores.

Varios marcadores bioquímicos y ecográficos ayudan a predecir el TPPT, mostrando en general, una baja sensibilidad, alta especificidad, un valor predictivo negativo (VPN), que hace que sean mejores para excluir que para establecer el diagnóstico. Los tres mejores predictores son: la cervicometría < 25 mm (RR 6,5), la fibronectina fetal (RR 6,7) y el antecedente de parto pretérmino (RR 6,4).

Cervicometría.

Los valores promedio de longitud cervical (percentil 10) son; 30mm de la semana 16 a 22,25 mm de la semana 23 a 32 y 15 mm por encima de la semana

32. La dilatación y el acortamiento del cérvix comienza en el orificio cervical interno; estos cambios se producen en un período de varias semanas por lo cual la ecografía seriada mejora la sensibilidad diagnóstica de la prueba. Un cérvix corto por debajo del percentil 10 para la edad gestacional, incrementa 6,5 veces el riesgo de parto pretérmino antes de la semana 35 y 7,5 veces antes de la semana 32. La relación normal entre el orificio cervical interno y el segmento uterino inferior sería en forma de “T”; cuando se produce la embudización, infundibulización o el abombamiento de las membranas, se describen configuraciones en forma de “U”, “V” o “Y”. Después de la semana 34, el valor predictivo de la prueba disminuye. Una cervicometría mayor o igual de 25 mm, sin cambios en el orificio cervical interno, en una mujer asintomática, y con una historia obstétrica negativa, hace que el riesgo de PPT sea poco probable. Un cérvix corto es el más fuerte predictor de PPT (Restrepo, 2015).

Fibronectina fetal.

La detección de niveles cervicovaginales de fibronectina fetal está asociada con un aumento del riesgo de parto pretérmino: en positivo cuando se encuentra por encima de 50 ng/mL después de la semana 20-22, determinada por el método Elisa de inmunováloraación, estos valores indican daño de la interfase coriodecidual por factores mecánicos o por infección. Su VPP para parto dentro de los 14 días siguientes es de 36%; las características más importantes de la prueba es que su excelente VPN (97%) es tranquilizador: menos del 1% de las mujeres tendrán su parto en las próximas dos semanas, comparado con un 20% de las que tienen una prueba positiva. Con una prueba de fibronectina fetal negativa y una cervicometría ≥ 30 mm la probabilidad de tener un parto pretérmino es menor del 1%; lo anterior evita intervenciones y hospitalizaciones innecesarias (Restrepo, 2015).

Estriol (E3) en saliva.

El nivel de E, en suero materno es un marcador de la actividad adrenal fetal; aumenta de manera importante cuatro semanas antes del parto, tanto pre como de término. Los niveles de E, en saliva se correlacionan con los niveles de E, séricos. En un estudio, valores de estradiol mayores de 2,1 ng/mL predijeron nacimientos antes de la semana 37 ($p < 0,0003$; OR 3,4; IC 95% 1,7-6,8).

Citocinas cervicovaginales.

El trabajo de parto pretérmino se asocia con concentraciones elevadas de IL-1 (beta), IL-6, IL-8, IL-10 y FNT en líquido amniótico. Los niveles de IL-6 son los más altos en las gestantes que tienen su parto dentro de las cuatro semanas siguientes de efectuado la prueba.

Prueba rápida con proteína ligadora de factor de crecimiento similar a la insulina (IGFBP)-1.

En un estudio prospectivo de 36 pacientes con contracciones regulares, 18 de ellas tuvieron una prueba positiva y 18 negativa. De las 18 gestantes con prueba negativa sólo dos tuvieron parto pretérmino, mientras que 17 de la 18 con la prueba positiva finalizaron en parto pretérmino ($p < 0,05$). La sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de la prueba fue de 89.5, 94.1, 94.4, y 88.9 respectivamente. La presencia de IGFBP-1 es predictiva de PPT (< 37 semanas). Los resultados son prometedores, dado que es una prueba rápida y de fácil aplicación (Restrepo, 2015).

2.8 Tratamiento.

Incluye un enfoque preventivo y otro terapéutico dada la alta mortalidad perinatal y los altos costos que ocasiona el cuidado del recién nacido pretérmino. Si fracasa o se decide permitir el progreso del parto, debe evitarse el trauma obstétrico y brindar una excelente atención al neonato. Son factores predictores de sobrevida fetal: nacer cerca de una unidad de cuidados intensivos neonatales con un equipo profesional experimentado, mayor peso al nacimiento, sexo femenino, maduración pulmonar con esteroides y posibilidad de uso de surfactante en el periodo posnatal.

Escenario 1.

La amenaza de parto pretérmino puede manejarse de manera ambulatoria con reposo, hidratación oral, nifedipino vía oral 10 a 20 mg cada 6 horas o 30 mg (presentación de liberación lenta) cada 12 horas y paraclínicos para aclarar etiología: hemoleucograma con sedimentación, estudio del exudado vaginal para vaginosis bacteriana o tricomonas, VDRL, glucemia pre y posprandial, urocultivo y proteína C reactiva. Realizar cervicometría a todas las pacientes sintomáticas y que no presentan cambios cervicales, debido al bajo VPP y al alto VPN cuando la longitud del cérvix es mayor de 25mm (Restrepo, 2015).

Escenario 2

Hecho el diagnóstico de trabajo de parto pretérmino, antes de iniciar el tratamiento intrahospitalario, es necesario:

a) repasar contraindicaciones para prolongar la gestación para el uso de tocolíticos,

b) realizar diagnóstico de TPPT verdadero: la actividad uterina persistente es normal en algunas gestantes y tiene un bajo VPP para parto antes de siete días si no se asocia con ruptura de membranas o con dilatación avanzada (≥ 3 cm):

realizar cervicometría transvaginal o determinación de fibronectina fetal, si se dispone de ellas,

c) efectuar monitorización electrónica durante 20 minutos para evaluar el estado fetal y descartar amnionitis subclínica (especialmente en embarazadas < 32 semanas y que no responden al tratamiento), desprendimiento prematuro de la placenta, isquemia o insuficiencia placentaria,

d) solicitar VDRL, citoquímico de orina y urocultivo,

e) espéculo vaginal para determinar las condiciones del cuello y obtener muestra para gran Gram endocervical y directo de flujo, cultivo para estreptococo beta hemolítico del grupo B e inmunofluorescencia para clamidia,

f) Solicitar hemoleucograma y proteína C reactiva,

g) registrar las contracciones uterinas y la frecuencia cardíaca fetal clínica o electrónicamente,

h) ecografía de III nivel para detectar malformaciones congénitas (especialmente del tubo neural).

i) tratar simultáneamente la enfermedad asociada; infección urinaria, vaginosis, incompetencia cervical, colonización por estreptococos del grupo B, etc. (Restrepo, 2015).

Enfoque terapéutico.

Tiene los siguientes objetivos: remitir a un hospital de tercer nivel que cuente con UCI neonatal, acelerar la maduración pulmonar fetal y diagnosticar y administrar profilaxis intraparto a las gestantes colonizadas por estreptococo beta hemolítico. Se propone un tratamiento racional basado en un enfoque fisiopatológico del problema: unos fármacos inhibirán las contracciones uterinas por mecanismos diferentes, otros como el fenobarbital, tranquilizarán a la paciente, unos más acelerarán la madurez pulmonar fetal. Los efectos de los esteroides en la fase prenatal y la aplicación del surfactante en la fase posnatal son aditivos, es decir, se suman para mejorar la función pulmonar.

Etapas del tratamiento: ataque, sostén intrahospitalario y sostén ambulatorio.

Tratamiento de ataque. Se propone el modelo recomendado por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), con algunas modificaciones. Este incluye:

1. Reposo absoluto en cama en decúbito lateral izquierdo: mejora el flujo placentario y contribuye a disminuir la actividad uterina en una tercera parte de las pacientes.
2. Fenobarbital 200 mg IM. La paciente con trabajo de parto pretérmino presenta mucha ansiedad lo que hace necesario sedarla. Sirve para diferenciar un trabajo de parto pretérmino verdadero de uno falso.
3. Canalizar vena y administrar 500 a 1.000 mL de solución salina normal o lactato de ringer (mientras se realiza la monitorización electrónica), lo que disminuye la actividad uterina al facilitar la expansión intravascular e inhibir la liberación de vasopresina y de oxitocina; por otro lado, previene la hipotensión materna debida a los úteroinhibidores.
4. Tocolíticos venosos (sulfato de magnesio o betamiméticos): no actúan inhibiendo la cascada inflamatoria su acción es detener las contracciones, que no son la causa, sino uno de los últimos pasos en una serie compleja de anomalías bioquímicas y hormonales; son eficaces para detener el TPPT durante 48-72 horas, tiempo durante el cual se hará la madurez pulmonar fetal y se remitirá a la paciente a un centro de tercer nivel (Restrepo, 2015).

Sulfato de Magnesio. La seguridad y eficacia del sulfato de magnesio en preeclampsia ha sido demostrada y los beneficios de su uso superan ampliamente los riesgos. Este medicamento ha demostrado en algunos estudios que la administración de éste a mujeres con riesgo de parto pretérmino antes de las 34 semanas redujo de manera significativa el riesgo de parálisis cerebral en el recién

nacido. Se establece la función neuroprotectora del sulfato de magnesio administrado en mujeres con riesgo de PPT. Dado que los niveles de sulfato requieren cuatro horas para alcanzar un estado de estabilidad en el feto, la infusión debe comenzarse cuatro horas antes del nacimiento y de no ser posible, al menos una hora antes del mismo.

Evaluar los reflejos osteotendinosos profundos, la eliminación urinaria y el número de respiraciones por minuto durante su administración; determinar niveles de magnesio si se usan dosis altas. Efectos secundarios maternos: edema pulmonar, depresión respiratoria, falla cardíaca, parálisis muscular, hipotensión e hipocalcemia. Feto-neonatales: depresión respiratoria, raquitismo neonatal y alteración en la variabilidad de la frecuencia cardíaca (Restrepo, 2015).

Betamiméticos. Eficacia similar a la descrita para la nifedipina e endometacina: se recomienda como última opción debido a la poca tolerancia y riesgos asociados a su uso. Se usan en nuestro medio: la terbutalina y el salbutamol; ambos tienen presentación en ampollas de 0,5 mg en 1 ml.

- Esquema de administración: la dosis de la terbutalina es de 5-10 mg/minuto y la del salbutamol es de 5-15 mg/minuto, iniciando con 5 mg/minuto e incrementándola a razón de 2,5 mg/minuto cada 20 minutos, hasta que cesen las contracciones o se llega a la dosis máxima. Una vez han cesado las contracciones como mínimo durante una hora, se puede disminuir el betamimético a razón de 2,5 mg/minuto cada 20 minutos hasta llegar a la dosis eficaz mínima posible y continuar así durante 8-12 horas. Se debe administrar siempre con bomba de infusión, utilizando solución de dextrosa, ya que con los otros líquidos existe mayor riesgo de edema pulmonar. Suspender si el parto progresa a pesar de la dosis máxima; disminuir o suspender su aplicación si el pulso materno es mayor de 120

latidos por minuto, si se presentan disminuciones de la presión arterial al 15% con relación a la inicial y si la frecuencia respiratoria es mayor de 40 respiraciones por minuto (Restrepo, 2015).

Bloqueantes de los canales del calcio. La nifedipina, se absorbe rápida y completamente por la vía oral, alcanzando niveles plasmáticos en cinco minutos. Los efectos hemodinámicos y metabólicos son estadísticamente menores con nifedipina que con ritodrina; comparada con los betamiméticos, la nifedipina se asocia con aumento significativo de la edad gestacional al parto, menos riesgo de síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intra y paraventricular, ictericia, enterocolitis necrosante y la admisión a la UCIN. Por lo anterior y debido a su efectividad, perfil de seguridad y buena tolerancia, se considera el tocolítico ideal y de primera elección en el tratamiento de ataque: dosis inicial de 20mg por vía oral, seguida de 10 mg cada 30 minutos (sin pasar de 40 mg en una hora), hasta que disminuyan las contracciones; la dosis de mantenimiento es de 10-20mg cada 4 a 6 horas o 60-160 mg cada 12 horas de nifedipina de liberación lenta. Efectos secundarios maternos (mínimos): alteración de la conducción cardíaca, taquicardia e hipotensión. Efectos secundarios fetales: leve taquicardia (Restrepo, 2015).

Inhibidores de la síntesis de prostaglandinas. El más usado es la indometacina, potente inhibidor de la ciclooxigenasa (COX) 1 y 2, a la dosis de 100 mg/día (un supositorio rectal de 100mg o un comprimido oral de 25 mg cada seis horas) durante tres días, entre la semana 26 y 32 de gestación; después de este tiempo, el 50% de los fetos pueden presentar cierre prematuro de ductus arterioso. Aumenta el riesgo de oligoamnios por disminución de la producción de orina fetal, produce disminución de la agregación plaquetaria (con silitatos) y persistencia de hipertensión pulmonar neonatal. También se emplean el celecoxib (inhibidor de la COX 2, a dosis de 100mg vía oral cada 12 horas por tres días, con efecto tocolíticos similar a la indometacina, pero sin sus efectos secundarios), el sulindac, el naproxeno, el ibuprofeno y el ácido mefenámico. Los

antiprostaglandínicos favorecen el efecto de los glucocorticosteroides para acelerar la madurez pulmonar fetal (Restrepo, 2015).

Aceleración de la madurez pulmonar fetal. En gestación entre las 26 y 34 semanas, utilizando: 12 mg de betametasona (ámpula de 4 mg/1ml) i.m. cada 24 horas por dos dosis o 6 mg de dexametasona (ámpula de 4 mg/1ml) i.m, cada 12 horas por cuatro dosis. Ruptura de membranas entre las 24 y las 32 semanas se recomienda el uso de esteroides. No realizar maduración pulmonar crónica (dosis semanal), debido a la morbilidad materno-fetal que produce: indicción o descompensación de diabetes mellitus, hipertensión arterial, RPMO, RCIU, mayores riesgos de infección entre otras (Restrepo, 2015).

Antibióticos. En caso de amnionitis subclínico o clínica, se debe terminar la gestación, independientemente de la edad gestacional e iniciar antibióticos en forma agresiva así: penicilina cristalina 5 millones cada seis horas más gentamicina 4 mg/kg/día cada 24 horas, ambas por vía I.V., monitorizando estrictamente el trabajo de parto. En caso de requerir cesárea por sufrimiento fetal u otra indicación obstétrica, reemplazar la penicilina por clindamicina, dosis de 900 mg I.V., cada 8 horas. Alternativas:

- 1 Agregar el régimen de penicilina, gentamicina, metronidazol 1g inicial y luego 500 mg I.V. cada 6 horas, u ornidazol (tiberol) 1 g I.V. cada 12 horas.
- 2 Sulbactam-ampicilina a la dosis de 3 g I.V. cada 6 horas, previa suspensión de penicilina-gentamicina (Restrepo, 2015).

Profilaxis antibiótica para la prevención de la enfermedad por EGB de comienzo temprano. En lugares donde se realiza el cultivo, hecho el diagnóstico de TPPT, se obtiene muestra de introito vaginal y recto para cultivo de EGB; si es positivo se inicia profilaxis antibiótica, solo durante el trabajo de parto, con penicilina cristalina 5 millones i,v, como dosis inicial y luego 2,5-3,0 millones cada

cuatro horas hasta el parto; la ampicilina venosa (2 g iniciales y luego 1 g cada cuatro horas), es una alternativa aceptable. En caso de alergia a la penicilina y no historia de previa de anafilaxia, angiodema, dificultad respiratoria o urticaria, la paciente debe recibir cefazolina 2 g I.V. como dosis inicial, seguida de 1 g I.V, cada ocho horas hasta el parto. En mujeres alérgicas a la penicilina, con historia previa de alguna de las complicaciones antes anotadas, debe administrarse clindamicina 90 mg I.V. cada ocho horas hasta el parto. Si el germen es resistente a la clindamicina, administrar vancomicina 1 g I.V. cada 12 horas hasta el parto (Restrepo, 2015).

Prevención secundaria de la enfermedad por EGB de comienzo temprano. Deben detectarse los casos potenciales de sepsis en los RN:

1. Aquellos con signos de sepsis deben someterse a evaluación diagnóstica completa (hemocultivo, hemoleucograma con recuento diferencial y plaquetas, radiografía de tórax – si hay signos de respiración anormal, y punción lumbar si el recién nacido está estable para tolerar el procedimiento) y recibir antibióticos activos contra estreptococos del grupo B (incluyendo ampicilina I.V.) y contra aerobios gramnegativos como E. coli.
2. Los recién nacidos de madres con sospecha de corioamnionitis deben evaluarse (no necesitan radiografía de tórax y punción lumbar) y recibir antibióticos dependiendo de los resultados de los cultivos.
3. Los niños de cualquier edad gestacional de madres que recibieron profilaxis adecuada intraparto (≥ 4 horas de penicilina, ampicilina o cefazolina antes del parto), los bebés de madres que tenían una indicación para profilaxis para EGB pero no la recibieron o fue inadecuada y los RN con ≥ 37 semanas y una RPMO < 18 horas, deben observarse durante 48 horas o más y no se recomiendan pruebas diagnósticas de rutina (Restrepo, 2015).

Control materno fetal. Se realiza debido a los efectos cardiovasculares de los tocolíticos venosos: determinar presión arterial y frecuencia cada 10 minutos durante la primera hora y luego cada hora mientras dure el tocolítico I.V. Cuantificar los efectos de los tocolíticos sobre la contractilidad uterina (tocografía externa continua o palpación abdominal frecuente). Controlar la frecuencia cardíaca fetal por monitor o auscultación frecuente (Restrepo, 2015).

Tratamiento de sostén intrahospitalario.

1. Reposo absoluto en cama las primeras 48 horas, luego se permitirá la deambulación en forma gradual si las membranas están intactas.
2. Fenobarbital 100 mg cada 12 horas o 50 mg cada 8 horas por V.O.
3. Tocolíticos: iniciar media hora antes o cuando falten 50 ml, para terminar la infusión de tocolítico venoso, así: fenoterol (2,5) mg, salbutamol (2 o 4 mg), terbutalina (2,5) mg: 1 a 2 tabletas cada 6-8 horas de uno de ellos, según la sensibilidad de la paciente, nifedipina 10-20 mg cada 4-6 horas como sostenimiento: no dar 20 mg cada 4-6 horas como sostenimiento: no dar betamiméticos como terapia de sostén por más de 48 horas, ya que crean taquicardia; la nifedipina, podría retardar el parto pretérmino durante varias semanas, cuando la etiología del mismo no es infecciosa ni por sobredistensión uterina.
4. Indometacina hasta completar los tres días (si se usó inicialmente).
5. Betametasona o dexametaxona hasta completar dosis total.
6. Continuar hidratación con solución salina o lactato ringer y antibióticos si están indicados (amnionitis clínica o subclínica con o sin RPMO).
7. Control materno-fetal: frecuencia de las contracciones cada 4-6 horas y durante media hora, pulso materno y presión arterial cada 4-6 horas y frecuencia cardíaca fetal con Doppler o corneta de Pinard.
8. Duración: 48 horas cuando hay éxito. El tiempo de hospitalización depende de las enfermedades asociadas (Restrepo, 2015).

Tratamiento de sostén ambulatorio. Desaparecidos los síntomas y signos que motivaron la hospitalización y tratada la enfermedad asociada (si se conoce) se da de alta a la paciente con las siguientes instrucciones:

1. Si no se estableció la etiología, se envía la paciente para la casa con nifedipino; como sólo se realizó tratamiento paliativo, es frecuente que consulte por igual sintomatología poco tiempo después.
2. Revisión semanal por consulta de alto riesgo obstétrico con instrucciones precisas sobre el control de la actividad uterina por parte del paciente.
3. Evaluar crecimiento uterino (medida de altura uterina) y las condiciones del cuello mediante espéculos o tacto vaginal (sin introducir el dedo en el canal cervical) en cada consulta prenatal.
4. Vigilar el cumplimiento del tratamiento (Restrepo, 2015)

Contraindicaciones absolutas para detener el parto pretérmino.

Malformaciones incompatibles con la vida, corioamnionitis, feto muerto, desprendimiento prematuro de la placenta previa con sangrado importante, hipertermia sin causa aparente, RCIU severo, preeclampsia severa, nefropatía en evolución.

Contraindicaciones relativas de los tocolíticos

Enfermedad cardíaca, hipertiroidismo, diabetes no controlada, anomalías fetales, sufrimiento fetal y trabajo de parto avanzado (Restrepo, 2015).

2.9 Seguimiento obstétrico.

En pacientes con antecedentes, es conveniente iniciar el seguimiento obstétrico a partir de las 13-14 semanas de gestación, tras constatar normalidad en la ecografía del primer trimestre y en el screening prenatal. En el resto de pacientes, se iniciará el seguimiento ante hallazgos de riesgo:

1. Pacientes con historia de tres o más pérdidas fetales en el segundo o inicio del tercer semestre, donde no haya evidencia documentada que el origen sea una incompetencia cervical, y pacientes con historia de dos o más pérdidas fetales en el segundo o inicio del tercer trimestre, documentadas como sugestivas de incompetencia cervical:
 - En este grupo de pacientes se ofrecerá la opción de un cerclaje electivo entre las 13-16 semanas de gestación. Se cursarán cultivos vaginales, endocervical, tinción de Gram vaginal y urinocultivo previo al cerclaje.
 - Seguimiento a la semana del cerclaje. Se valorará la longitud cervical de forma sistemática cada 2-4 semanas hasta la semana 26. A partir de la semana 26 se individualizará según la estabilidad clínica y el contexto social de la paciente el posible seguimiento convencional. Se recomendará la valoración de la longitud cervical de forma sistemática cada 2-4 semanas hasta la semana 35.
 - Se repetirán los cultivos vaginales, endocervicales, tinción de Gram vaginal y urinocultivo a las 20-22 semanas. En caso de cultivos positivos, se hará tratamiento antibiótico oral según antibiograma específico. Si la tinción de Gram vaginal confirma el diagnóstico de vaginosis bacteriana (según criterios de Nugent), se realizará tratamiento con clindamicina 300 mg/12 horas vía oral durante 5 días.

A las 34-35 semanas se cursará el cultivo de SGB vaginal y rectal. Sólo se tratará la infección por SGB en el contexto de bacteriuria asintomática.

- Retirada del cerclaje a partir de la semana 37

2. Pacientes con antecedentes de una o más pérdidas fetales de 2° o 3° trimestre (documentada o no) compatibles con incompetencia cervical, así como antecedentes de pretérmino anterior o rotura prematura de membranas antes de las 34 semanas.

- Se planteará un control ecográfico cada 2 semanas desde la semana 16 hasta la semana 26.
- En casos de hallar una longitud cervical inferior a 25 mm, se ofrecerá tratamiento médico con progesterona vaginal; en casos seleccionados o en aquellos en los que se evidencie persistencia del acortamiento cervical a pesar del tratamiento médico, se ofrecerá la opción de cerclaje terapéutico. A partir de la semana 26, individualizar según el contexto clínico y social de la paciente la frecuencia de las visitas, así como el posible seguimiento convencional si la situación se estabiliza y el riesgo de prematuridad es bajo. Se recomienda valorar la longitud cervical de forma sistemática cada 2-4 semanas (dependiendo de la evolución) hasta la semana 35, se realizará cultivos en la semana 12-16 y 20-22.

3. Amenaza de parto pretérmino. A la semana del alta hospitalaria se reevaluará el riesgo de parto pretérmino de estas pacientes:

- Si la longitud cervical es superior a 25 mm antes de la semana 28, superior a 20mm entre 28-32 semanas o superior a 15 mm más allá de las 32 semanas de gestación, y la paciente está estable, se considerará que el riesgo de presentar un parto

pretérmino es bajo y se hará un control obstétrico convencional remitiendo a la paciente a control convencional.

- En el resto de los casos, se individualizará el seguimiento obstétrico y se harán controles cada 1-2 semanas valorando la de la medición ecográfica del cérvix y cursando los cultivos pertinentes según el apartado anterior.
- Se valorará la repetición de dosis de corticoides únicamente si \geq 15 días de la última dosis y se plantea reingreso hospitalario por reaparición de clínica de dinámica uterina.
- No se ha demostrado que los tocolíticos profilácticos reduzcan el riesgo de parto pretérmino ni la morbimortalidad perinatal. No se administrarán tocolíticos vía oral profiláctico (betamiméticos, nifedipino) de forma sistemática. Únicamente se podrán utilizar como tratamiento sintomático en pacientes en que la percepción de la dinámica uterina es muy acusada, a pesar de no objetivarse una evolución de las condiciones obstétricas y que le impide una vida normal.

4. Rotura prematura de membranas. El factor de riesgo más importante es el cérvix corto. En casos muy seleccionados de pacientes RPM < 24 semanas, estables desde el punto de vista clínico y analítico, se planteará la alta domiciliaria con manejo ambulatorio cada 1-2 semanas.

5. Metrorragias de 2° y 3° trimestre excluyendo la placenta previa. Son pacientes con un mayor riesgo de rotura prematura de membranas. A la semana del alta hospitalaria se revalorará el riesgo:

- En ausencia clínica de metrorragia y con longitud cervical estable (mismo criterio que el especificado al apartado anterior, se derivará a la paciente para seguimiento obstétrico convencional).

- En el resto de los casos, se individualizará el seguimiento y se harán controles clínicos, analíticos y ecográficos cada 1-2 semanas valorando la evolución clínica de la causa que produjo la metrorragia.

En una nueva gestación, si no se repite el motivo que produjo la metrorragia, la paciente no será susceptible de seguimiento como paciente de riesgo (Palacios et al, 2015).

2.10 Medidas Preventivas.

1. Reposo y relaciones sexuales.

No hay diferencias en el reposo domiciliario versus hospitalario y el riesgo de parto pretérmino. No se ha estudiado el efecto del reposo o de las relaciones sexuales en gestantes con cérvix corto. Parece prudente recomendable la baja laboral a gestantes con cérvix < 25mm antes de las 28 semanas.

2. Tabaco y otras drogas.

Se ha demostrado una asociación entre el uso de tabaco u otras drogas (heroína, cocaína) y malos resultados perinatales. Según un metaanálisis de la Cochrane. La introducción de programas de desintoxicación en el abuso del tabaco se ha asociado a una reducción del riesgo de parto pretérmino (RR 0,84, 85% CI 0,72-0,98) así como una reducción del porcentaje de bajo peso al nacer.

3. Progesterona.

Ha demostrado su utilidad en gestantes con historia de pretérmino anterior (reducción aproximadamente de un 14% del riesgo de pretérmino

recurrente) y en pacientes asintomáticas con un cérvix muy corto < 15 mm (reducción del 40% el riesgo de parto pretérmino).

Por lo tanto, se recomienda su utilización:

- En pacientes con antecedentes de pretérmino anterior y cérvix < 25 mm.
- Pacientes asintomáticas sin antecedentes de prematuridad con un cérvix < 20 mm
- Hallazgo ecográfico de acortamiento cervical progresivo.

En general se iniciará el tratamiento con progesterona vaginal 200 mg/24 horas alrededor de las 20 semanas y hasta la semana 34 excepto si el antecedente de parto pretérmino anterior o el hallazgo ecográfico de acortamiento de cuello fueron en una edad gestacional más precoz

4. Cribado universal de la longitud cervical.

Actualmente, existe controversia sobre la introducción del cribado universal de la longitud cervical en la ecografía de segundo trimestre; trabajos basados en estimaciones apuntan a que el cribado es coste efectivo, cuando está seguido de una actuación precoz mediante tratamiento con progesterona en pacientes con longitud cervical ≤ 15 mm, lo cual supondría tratar menos de un 2% de la población. Sin embargo, aunque las pacientes con una longitud cervical ≤ 15 mm presentan un 34% de parto pretérmino, la sensibilidad de prueba es de sólo un 8% (IC 2,1-10,2%), lo cual quiere decir que el 92% de las pacientes que finalmente presentan un parto prematuro antes de las 34 semanas, tenían un cérvix “largo” a las 20-24 semanas y no fueron, por tanto, susceptibles de tratamiento.

5. Antibióticos.

No se ha demostrado que la administración interconcepcional de antibióticos en pacientes con antecedentes de pretérmino anterior reduzcan el riesgo de pretérmino recurrente.

6. Hierro.

La anemia incrementa el riesgo del parto pretérmino principalmente entre el 1° y 2° trimestre de la gestación y el riesgo incrementa con la severidad del déficit de hemoglobina, Si $Hb \leq 9,5$ g/dl, el riesgo de parto pretérmino se multiplica por 2. La hipoxia crónica generada por la anemia puede provocar una respuesta de estrés seguida por la liberación de CRH por la placenta con incremento de la producción de cortisol por el feto, que aumenta así el riesgo de parto pretérmino. El suplemento con ferrotterapia mejora los resultados perinatales cuando la madre presenta una anemia ferropénica, pero la suplementación profiláctica incrementa el riesgo de diabetes gestacional y de estrés oxidativo sin afectar el riesgo de parto prematuro.

7. Ácidos grasos omega-3

Inhiben la producción de ácidos araquidónicos y por tanto, disminuyen las concentraciones de citoquinas, actuando sobre el factor inflamatorio de la prematuridad. La Sociedad Internacional para el estudio de ávido grasos y lípidos recomienda que durante el embarazo y lactancia se tendría que garantizar una ingesta diaria de 300 mg de ácidos grasos omega-3 y un descenso del consumo de grasas naturales. Insistir en ingesta de frutas, pescado azul y verduras (Palacios et al, 2015).

8. Educación preventiva en signos de parto pretérmino

9. Reposo en cama, reducción de la actividad y abstinencia sexual (modificación del estilo de vida)

10. Tamizaje de vaginosis bacteriana (Guía de Práctica Clínica, 2017).

2.11 Vía del parto.

Algunas consideraciones para definir la vía del parto son: la presentación, la edad gestacional, el peso fetal y algunas situaciones asociadas. La presentación podálica se acompaña de mortalidad fetal mayor por fenómenos asfícticos como prolapso de cordón o cabeza última retenida. Existe bastante evidencia de que la morbimortalidad perinatal en el feto pretérmino en podálica, es menor cuando se realiza cesárea que cuando el parto es por vía vaginal. En general, las presentaciones anormales favorecen la realización de la cesárea, con el propósito de evitar trauma obstétrico. En el caso de fetos entre 26 y 31 semanas (peso entre 750-1500g), en ausencia de un buen segmento uterino, deberá preferirse la cesárea corporal, para evitar un nacimiento traumático.

Si la presentación es de vértice, el método óptimo de nacimiento es aún controvertido en fetos de muy bajo peso (750-1500g), vulnerables a la hipoxia, al trauma obstétrico y a la depresión, debe practicarse operación cesárea si se presenta alguna de las siguientes condiciones asociadas: hemorragia anteparto, falla en el progreso de la dilatación, prolongación excesiva del trabajo de parto aparición de signos de insuficiencia feto-placentaria. En los demás casos, se atenderá el parto por vía vaginal, bajo estricta monitoria materno-fetal. Se evitará la amniotomía hasta el final del segundo período, ya que se produce menos trauma durante el trabajo de parto y parto; hay indicaciones de episiotomía de preferencia con anestesia local, La morbimortalidad fetal, la dificultad en diagnosticar la hipoxia/acidosis intraparto y el riesgo materno, no justifica la operación cesárea por indicación fetal, por debajo de las 26 semanas de gestación (Restrepo, 2015)

2.12 Mortalidad materna.

Se define muerte materna como aquella que se presenta en cualquier momento del embarazo, independiente de la ubicación de la gestación, hasta los 42 días posparto. La causa de la muerte debe relacionarse directamente o agravarse por la gestación; por tanto, se excluyen las causas accidentales o incidentales. La muerte después de los 42 días y hasta el año posparto es una muerte materna tardía que actualmente no se consideran para el cálculo de la razón de mortalidad materna (Zuleta y Gómez, 2015).

2.13 Mortalidad perinatal.

Existen tres definiciones de mortalidad perinatal que depende de la edad gestacional y el peso mínimo y el tiempo neonatal que se elijan:

1. Mortalidad perinatal 1. Son las muertes de productos de la gestación que ocurren desde la semana 28 de gestación o de productos con 1.000 gramos o más de peso hasta los primeros días de nacido.
2. Mortalidad perinatal 2. Incluyen las muertes de productos con 22 o más semanas de gestación o con 500 gramos o más de peso hasta los 28 días de nacido.
3. Mortalidad perinatal 3. Incluyen las muertes de productos desde la semana 22 de gestación, 500 gramos o más de peso hasta los 7 días de nacido. Esta es la definición empleada por el Centro Latinoamericano de Perinatología y por el Ministerio de la Protección Social para hacer la vigilancia epidemiológica de la mortalidad perinatal en Colombia (Zuleta y Gómez, 2015).

Estrategias para identificar los factores determinantes y las intervenciones para disminuir la mortalidad materna perinatal de acuerdo con la OMS (2011):

1. Todo centro de atención obstétrica debe contar con un comité de estudio y vigilancia de la mortalidad materna y perinatal.
2. Identificar los responsables de implementar los planes de mejoramiento (comunidad, sector salud, otros sectores) y las diferentes áreas a trabajar (actitud, recursos, habilidades) mediante la identificación de los retrasos propuestos por la OPS y realizar un análisis individual a cada caso de muerte materna y de muerte perinatal.
3. Identificar los factores de riesgo del ER y la identificación de los factores que indujeron la complicación (aprendiendo de las supervivientes”.
4. En la mortalidad perinatal es importante identificar el grupo por peso al nacer y momento de muerte que más contribuye a la mortalidad.
5. Vigilar la calidad en los procesos de atención materno perinatal dentro de un proceso de real auditoria de la calidad en la atención, independientemente de que se presenten o no muertes, con el fin de implementar mejoras a partir de las deficiencias que se detecten.

2.14 Estudios Relacionados.

Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino.

Introducción: El trabajo de investigación hace referencia a factores asociados al parto pretérmino área de maternidad del Hospital Vicente Corral Moscoso problemática de salud que afecta raudamente la población. Objetivo: Determinar los factores de riesgo materno preconceptionales y conceptionales asociados con el parto pretérmino. Material y métodos: Estudio de tipo cuantitativo, observacional, analítico, Casos y Controles retrospectivo. La muestra 130 casos y 130 contrles de gestantes, partos ocurrieron durante el 2016 en el hospital, cumplieron con los criterios de inclusión, instrumento de análisis “historias clínicas” y ficha técnica. Se aplicó el programa estadístico SPSS para el análisis de los factores de riesgo materno, se realizó un análisis bivariado con el ODDS RATIO

(OR) intervalo de confianza 95% (IC95%) de cada factor de riesgo. Análisis multivariado (regresión logística binaria) evaluar la contribución de los factores que fueran significativos en el análisis univariado-bivariado se obtuvo el OR ajustado. Resultados: Factores maternos preconceptionales asociados al parto pretérmino ajustado por la regresión logística binaria: edad materna adolescente con un OR=0.495 y un IC de 95% (0.26-0.94), el nivel económico bajo con un OR=2.134 y un IC del 95% (1.17-3.89), como factor de riesgo. Los factores maternos conceptionales asociados al parto pretérmino (ajustado por la regresión logística binaria): infección urinaria con un OR=3.074 y un IC del 95% (1.73-5.47), la vaginosis bacteriana con un OR=7.93 y un IV del 95% (1.76-35.72); ambos como factores de riesgo. Conclusiones: La edad, el nivel económico bajo y las infecciones del tracto urinario considerados como factor de riesgo para un parto prematuro (Castillo et al, 2018).

Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes.

Introducción. Durante la última década. Los embarazos en adolescentes han aumentado en México. Uno de los problemas que puedan presentar las adolescentes embarazadas es el desarrollo de un parto pretérmino, el cual se produce antes de las 37 semanas de gestación y es la principal causa de morbimortalidad neonatal. Objetivo. Identificar los factores de riesgo asociados a partos pretérmino en adolescentes de un hospital regional de alta especialidad del sureste mexicano, durante el año 2015. Material y métodos. Estudio observacional de casos y controles, retrospectivo y analítico con 155 casos e igual número de controles. Resultados. De las variables analizadas los factores de riesgo estadísticamente significativos para parto prematuro fueron: el control prenatal inadecuado, los trastornos en el líquido amniótico, así como la ruptura prematura de membranas. En las adolescentes que no tenían ninguna patología, el riesgo de parto pretérmino fue menor comparativamente con las que tuvieron una o más patologías. Conclusión. Conforme es menor la edad gestacional en las

adolescentes embarazadas, los factores de riesgo de parto pretérmino aumentan notablemente (Martínez, et al, 2017).

Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. El parto pretérmino es la vía final común de una serie de procesos fisiopatológicos diferentes, por lo que constituye un síndrome. El parto pretérmino espontáneo representa las dos terceras partes del parto pretérmino. Su prevención puede ser primaria o secundaria, y se centra básicamente en la predicción, la que actualmente se realiza mediante calculadoras de riesgo que combinan factores de historia clínica, longitud cervical y fibronectina fetal. La progesterona vaginal reduce la tasa de parto pretérmino espontáneo en 35 a 40%, si se administra desde las 16 hasta las 34 semanas (Huerta, 2014)

III. METODOLOGÍA

Diseño Metodológico

Descriptivo porque tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables y proporcionar su descripción, Transversal porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único y su propósito es describir variables y analizar si incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, 2014); Cuantitativo porque los resultados se presentan con datos numéricos (Canales, 2011).

Universo y Muestra

El universo de estudio está compuesto por 39 pacientes gestantes para conocer los factores de parto prematuro atendidas en el Hospital General “Jorge Soberon Acevedo” de Iguala de la Independencia Gro. La muestra es a conveniencia, ya que se tomó en cuenta las gestantes que se encontraron en modulo mater.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Mujeres que presentan parto prematuro

Criterios de exclusión

- Gestantes que no deseen participar en el estudio de investigación y que no se cuente con el consentimiento informado

Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos.

Operacionalización de las variables

Variable	Definición		Dimensiones	Indicador	Escala de medición
	Conceptual	Operacional			
Gestante	Se encarga del sistema, los procesos y las funciones reproductivas en todos los estadios de la vida humana". Y la salud sexual representa una "integración positiva de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales, de que se enriquezcan la personalidad y las capacidades comunicativas y afectivas".		Socio Demográficas (aborda los aspectos generales)	Edad Estado Civil Nivel educativo Religión Nivel socioeconómico	10 años 11 años 12 años 13 años 14 años 15 años 16 años 17 años 18 años 19 años +19 años Casada Soltera Unión libre Divorciada Viuda Primaria Secundaria Preparatoria Profesional Nivel Tecn. Analfabeta Católica Testigo de Jehová Protestante Otros Bajo Medio Alto

				Problemas sociales	Fumas Alcoholismo Drogadicción Prostitución Otra.
				Tabaquismo	No fumadoras Menos de 10 cigarrillos al día Más de 10 cigarrillos al día
Factores de riesgo en el Parto prematuro			Datos analíticos (aborda los aspectos específicos de la investigación)	Paridad (número de hijos)	1 hijo 2 hijos 3 hijos 4 hijos 5 hijos 6 hijos Más de 6 hijos
				Número de partos a Término	1 2 3 4 5 6 + de 6 años
				Ha presentado de partos pretérmino	Si No Cuantos:
				Amenaza de aborto	Si No
				Número de abortos	1 2 3 + de 3
				Tipo de aborto	Aborto precoz (menos de 13

					semanas) Aborto Tardío (mayor a 13 semanas)
				Presenta malformación uterina	Si No
				Tipo de gestación	Única Múltiple (gemelar y triple)
				Has tenido Sangrado durante la gestación	Si No
				Has tenido alguna enfermedad de transmisión sexual	Si: cuales No
				Llevaste control prenatal	Si No ¿A cuántas consultas asististe?
				subraya las siguientes preguntas en caso presentarlas o de haberlas presentados alguna complicación:	Diabetes Mellitus Hipertensión Arterial Cardiopatía Preeclampsia Eclampsia Infecciones de vías urinarias Embarazo múltiple

					Cervicovaginitis Antecedentes de parto pretérmino Placenta previa Oligohidramnios Embarazo gemelar Metrorragias del tercer trimestre Defecto Congénitos diagnosticado durante la gestación Multiparidad. Antecedentes de conización o cerclaje cervical Antecedentes de Ruptura Prematura de Membranas
				En el recién nacido prematuro la edad gestacional fue de:	Menos de 30 semanas 30 semanas 31 semanas 32 semanas 33 semanas 34 semanas 35 Semanas 36 semanas Otro:

Material y método

Instrumento (cuestionario): Fue dirigida para conocer los factores de riesgo de parto prematuro de la gestante del Hospital General “Jorge Soberon Acevedo” de Iguala de la Independencia, Guerrero. El cuestionario fue estructurado en 2 apartados conteniendo en la fase descriptiva 7 preguntas

cerradas y en la fase analítica contiene 13 preguntas y una breve introducción de la finalidad del estudio.

Trabajo de campo: Se programaron entrevistas previas con las gestantes para obtener su aprobación para la realización de la encuesta, así como se observó la ética y la confiabilidad de las respuestas del cuestionario. El cuestionario fue perfeccionado a través de la validación de una prueba piloto aplicado al 10% de las gestantes detectando si comprendieron la pregunta y si existen errores realizando los ajustes necesarios, y poder aplicarla al universo de estudio.

La recolección de los datos de las mujeres gestantes se llevó a cabo en el Hospital General “Jorge Soberon Acevedo” de Iguala de la Independencia, Gro., se les explicó el propósito del estudio y participaron dando su consentimiento informado, posteriormente contestaron las preguntas, sin presiones de los encuestadores.

Análisis de los datos.

De acuerdo a las variables consideradas se realizará el siguiente plan de análisis:

Para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante se utilizaron modelos matemáticos como la estadística descriptiva en el programa SPSS versión 18 para analizar los datos del estudio.

Ética del estudio.

Para este trabajo se consideraron los aspectos éticos del Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación (1987), de acuerdo al Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 13, en el que se establece que en toda investigación

en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá de prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, la protección a sus derechos y bienestar. De acuerdo con la fracción V, se obtuvo el consentimiento informado por escrito de las gestantes que participaron en esta investigación.

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I.- La justificación y los objetivos de la investigación;
- II.- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III.- Las molestias o los riesgos esperados;
- IV.- Los beneficios que puedan observarse;
- V.- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI.- La garantía de recibir respuestas a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII.- La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII.- La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX.- El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X.- La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI.- Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 22.- E consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I.- Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaria;

II.- Será revidado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV.- Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V.- Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Principios éticos para las investigaciones de salud en seres humanos.

Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios –que en teoría tienen igual fuerza moral– guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las circunstancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicárseles diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos.

El **respeto por las personas** incluye, por lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

a) Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y

b) Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La **beneficencia** se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, **no maleficencia** (no causar daño).

La **justicia** se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la **justicia distributiva**, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación. Diferencias en la distribución de cargas y beneficios se justifican sólo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la vulnerabilidad. El término "vulnerabilidad" alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debiera hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables.

La justicia requiere también que la investigación responda a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables. Las personas seleccionadas debieran ser lo menos vulnerables posible para cumplir con los propósitos de la investigación. El riesgo para los sujetos vulnerables está más justificado cuando surge de intervenciones o procedimientos que les ofrecen una esperanza de un beneficio directamente relacionado con su salud. Cuando no se cuenta con dicha esperanza, el riesgo debe justificarse por el beneficio anticipado para la población de la cual el sujeto específico de la investigación es representativo.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentan los resultados de la encuesta que se aplicó en la población objeto de estudio para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del Hospital General “Jorge Soberon Acevedo” de Iguala de la Independencia, Guerrero.

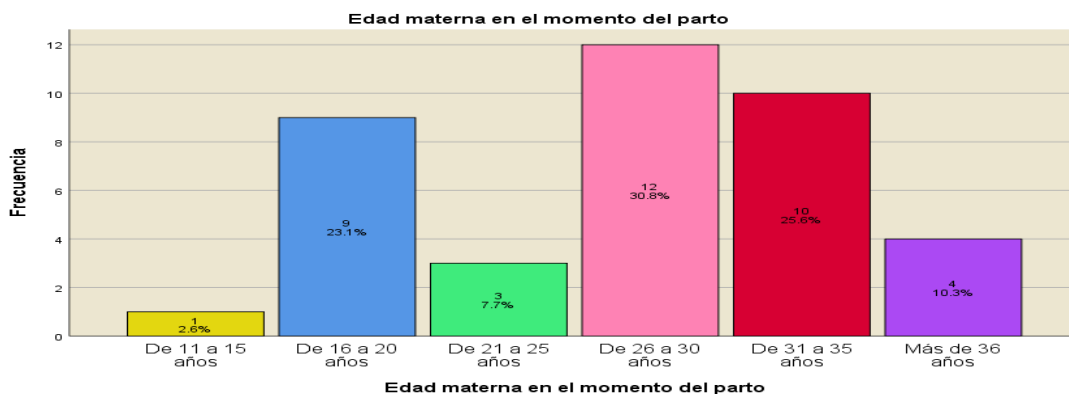
Datos sociodemográficos

Cuadro No. 1 Edad materna en el momento del parto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido De 11 a 15 años	1	2.6	2.6	2.6
De 16 a 20 años	9	23.1	23.1	25.6
De 21 a 25 años	3	7.7	7.7	33.3
De 26 a 30 años	12	30.8	30.8	64.1
De 31 a 35 años	10	25.6	25.6	89.7
Más de 36 años	4	10.3	10.3	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del Hospital General “Jorge Soberon Acevedo” de Iguala de la Independencia, Guerrero N=39

En relación a la edad en el momento del parto 30.8% tenía de 26 a 30 años, el 25.6% de 31 a 35 años y 23.1 de 16 a 20 años. Como se observa en los resultados cuando la gestante se embaraza en edad avanzada o muy joven presenta el factor de riesgo de parto prematuro.

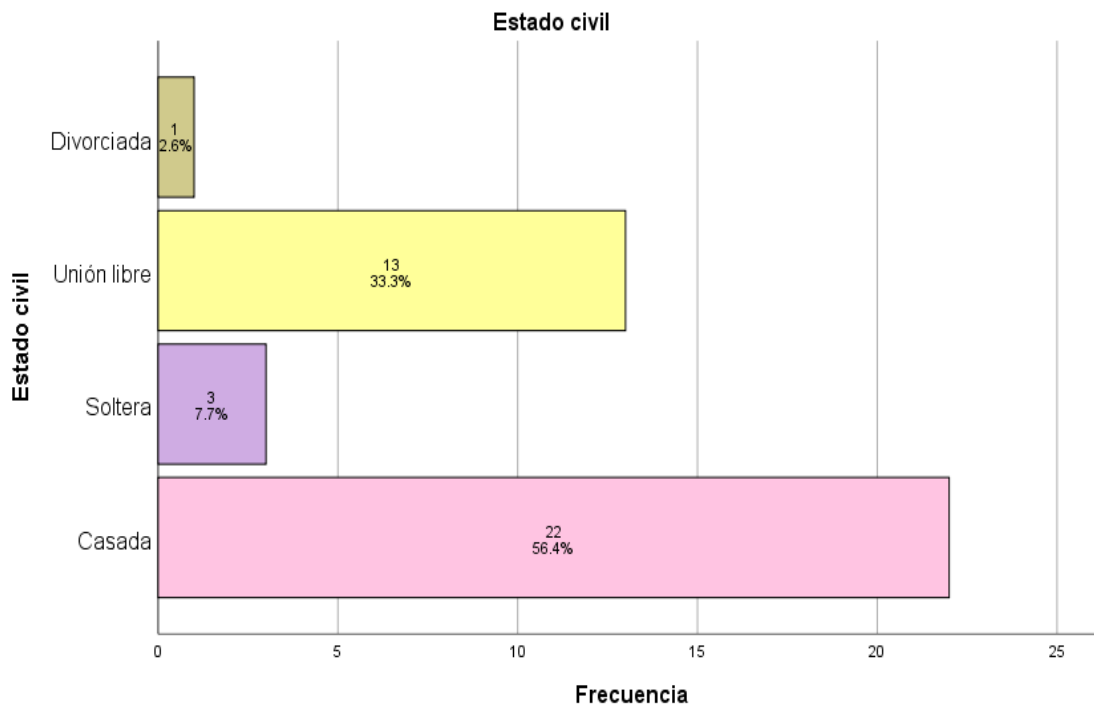


Cuadro No. 2 Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casada	22	56.4	56.4	56.4
	Soltera	3	7.7	7.7	64.1
	Unión libre	13	33.3	33.3	97.4
	Divorciada	1	2.6	2.6	100.0
	Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del Hospital General “Jorge Soberon Acevedo” de Iguala de la Independencia, Guerrero N=39

De la población en estudio la mayoría de las gestantes son casadas en segundo lugar están en unión libre.

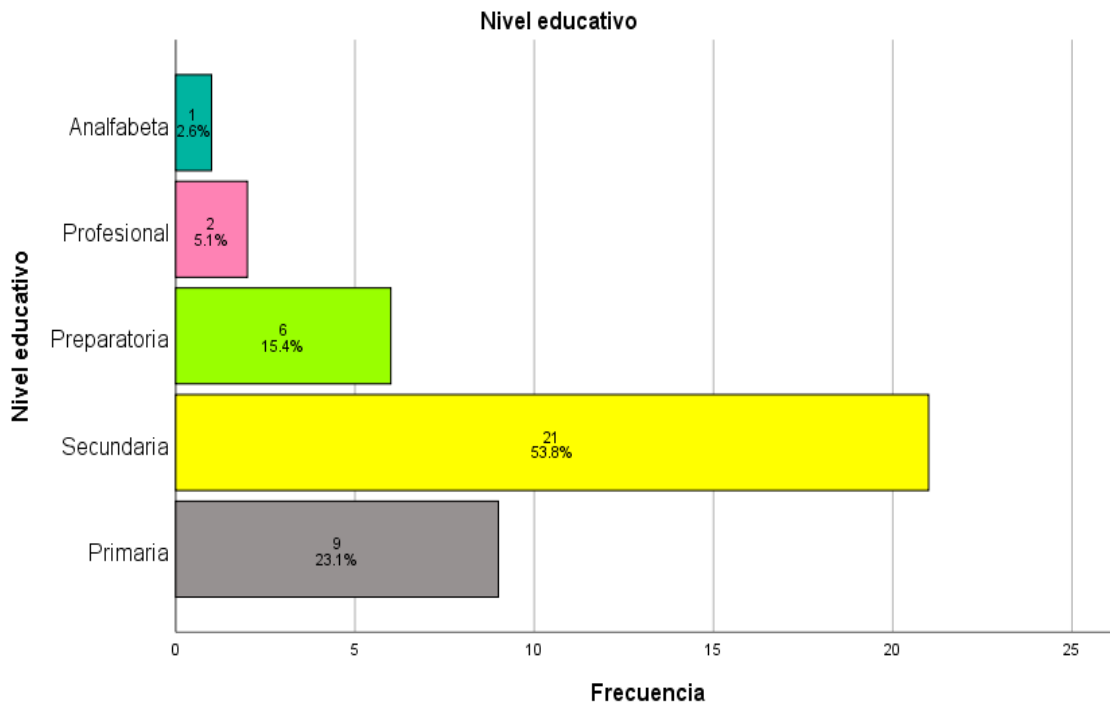


Cuadro No. 3 Nivel educativo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	9	23.1	23.1	23.1
	Secundaria	21	53.8	53.8	76.9
	Preparatoria	6	15.4	15.4	92.3
	Profesional	2	5.1	5.1	97.4
	Analfabeta	1	2.6	2.6	100.0
	Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del Hospital General “Jorge Soberon Acevedo” de Iguala de la Independencia, Guerrero N=39

El nivel educativo de las gestantes fue del 53.8% con secundaria, el 23.1% primaria y el 15.4% con un nivel de preparación de secundaria. El nivel educativo es importante para poder evitar los embarazos de alto riesgo, ya que a mayor preparación educativo mejor calidad de vida de las pacientes.

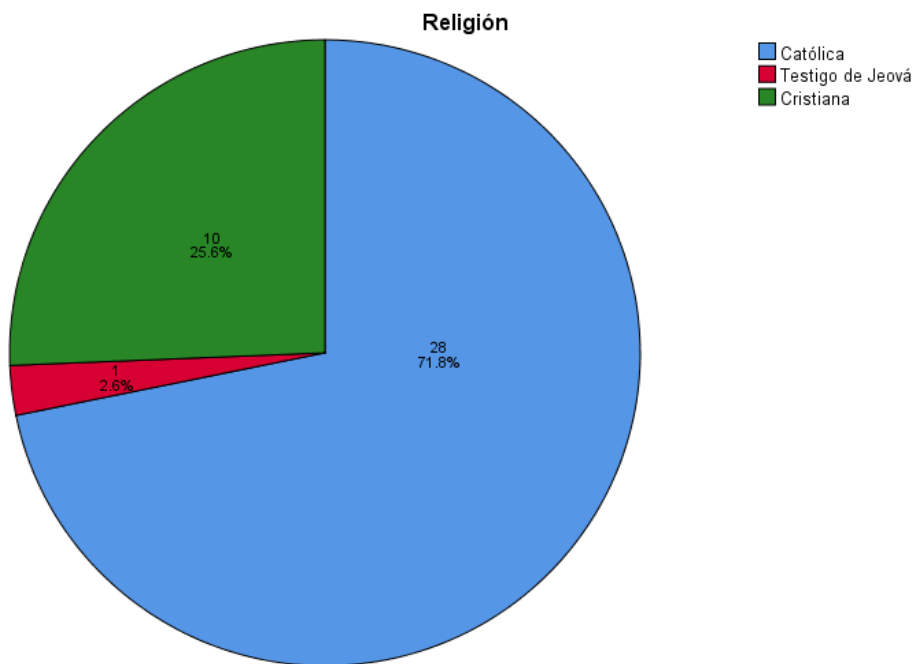


Cuadro No. 4 Religión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Católica	28	71.8	71.8	71.8
	Testigo de Jehová	1	2.6	2.6	74.4
	Cristiana	10	25.6	25.6	100.0
	Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del Hospital General “Jorge Soberon Acevedo” de Iguala de la Independencia, Guerrero N=39

En relación a al tipo de religión que profesan las gestantes mencionaron que el 71.8% son católicas y el 25.6% son cristianas.

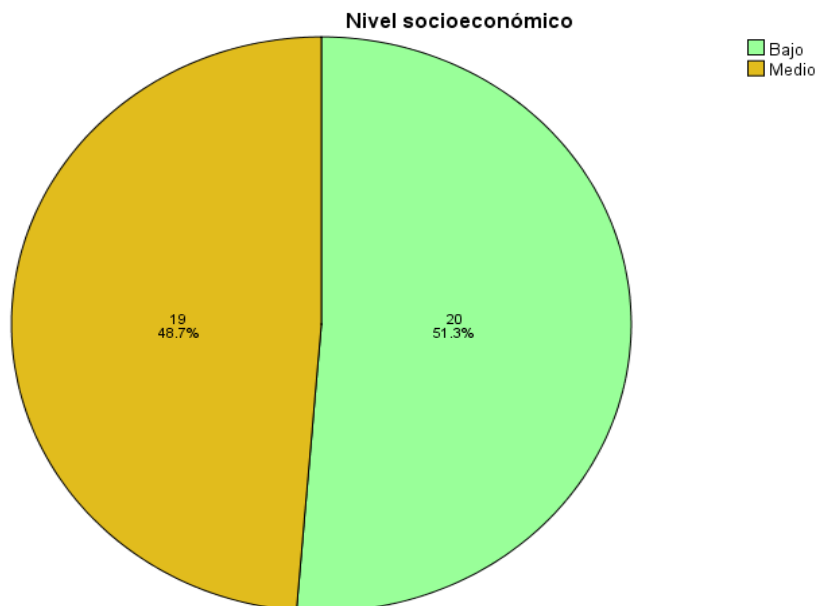


Cuadro No. 5 Nivel socioeconómico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Bajo	20	51.3	51.3	51.3
Medio	19	48.7	48.7	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del Hospital General "Jorge Soberon Acevedo" de Iguala de la Independencia, Guerrero N=39

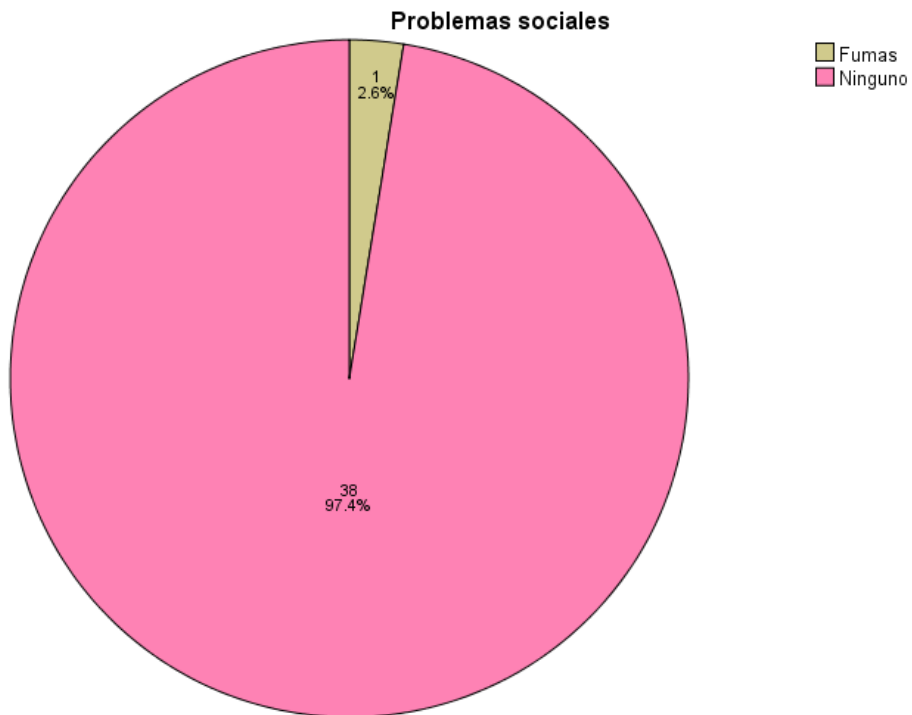
De acuerdo al nivel socioeconómico el 51.3% tiene un nivel bajo y el 48.7% tiene un nivel socioeconómico medio.



Cuadro No. 6 Problemas sociales (fumas)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Fumas	1	2.6	2.6	2.6
Ninguno	38	97.4	97.4	100.0
Total	39	100.0	100.0	

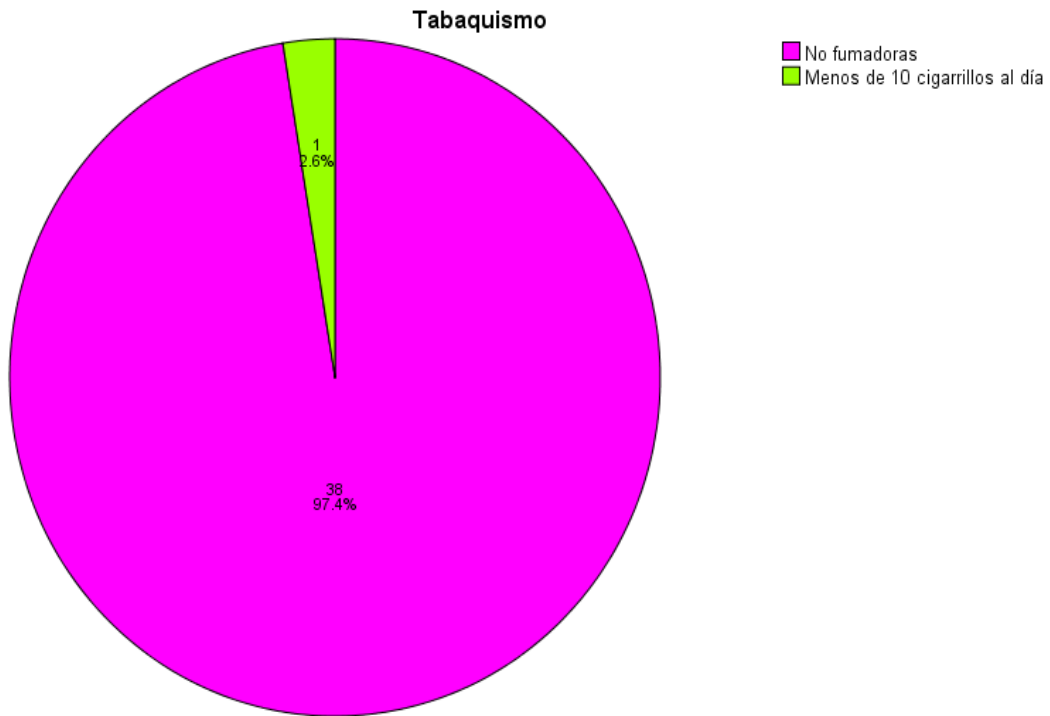
Fuente: Cuestionario para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del Hospital General "Jorge Soberon Acevedo" de Iguala de la Independencia, Guerrero N=39



Cuadro No. 7 Cuantos cigarros fumas al día

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No fumadoras	38	97.4	97.4	97.4
Menos de 10 cigarrillos al día	1	2.6	2.6	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del Hospital General "Jorge Soberon Acevedo" de Iguala de la Independencia, Guerrero N=39

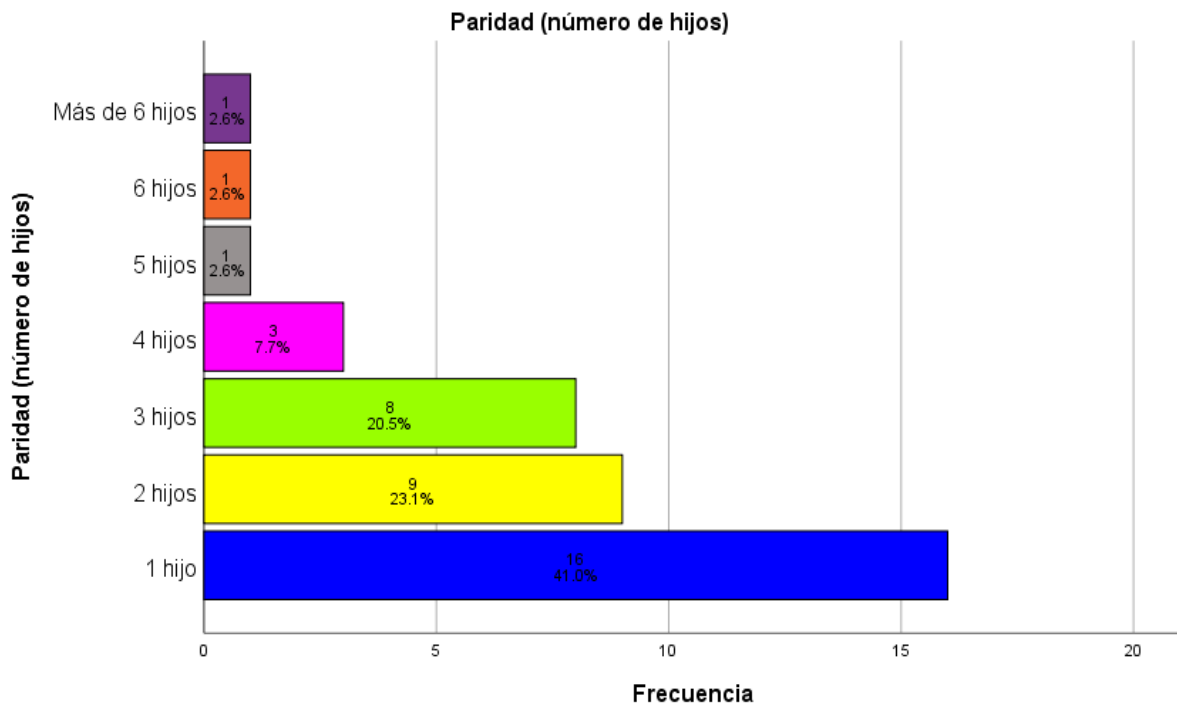


Cuadro No. 8 Paridad (número de hijos)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1 hijo	16	41.0	41.0	41.0
2 hijos	9	23.1	23.1	64.1
3 hijos	8	20.5	20.5	84.6
4 hijos	3	7.7	7.7	92.3
5 hijos	1	2.6	2.6	94.9
6 hijos	1	2.6	2.6	97.4
Más de 6 hijos	1	2.6	2.6	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del Hospital General "Jorge Soberon Acevedo" de Iguala de la Independencia, Guerrero N=39

En relación al número de hijos de las pacientes el 41.0% tiene un hijo, 23.1 % tiene 2 hijos y el 20.5% con tres hijos.

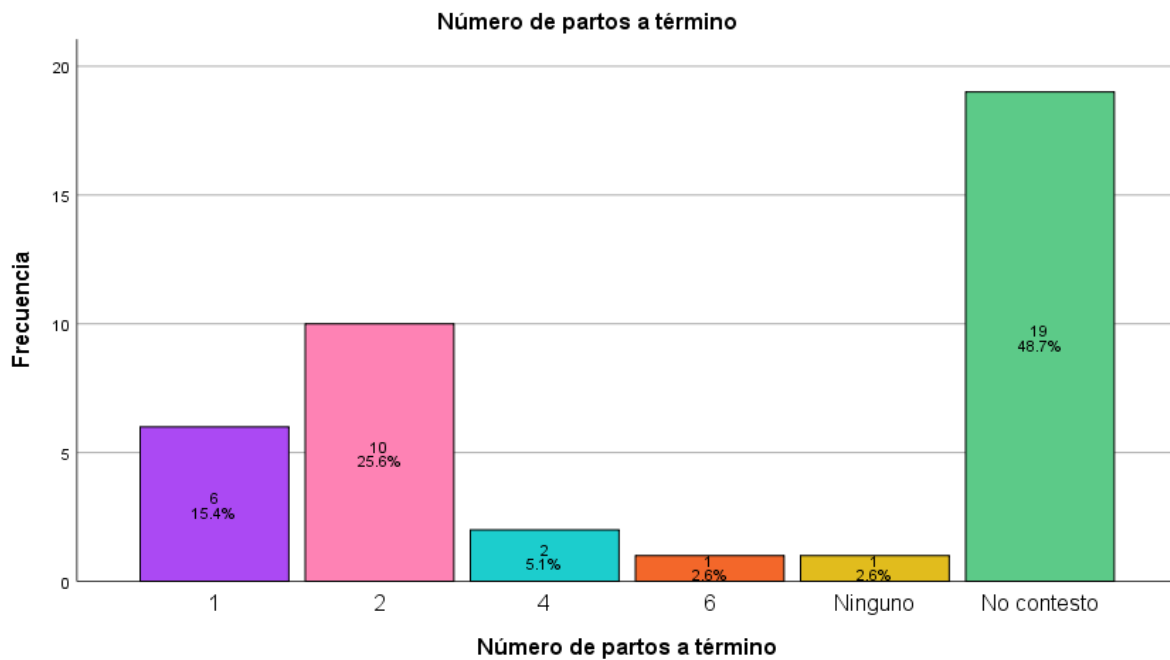


Cuadro No. 9 Número de partos a término

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	6	15.4	15.4	15.4
2	10	25.6	25.6	41.0
4	2	5.1	5.1	46.2
6	1	2.6	2.6	48.7
Ninguno	1	2.6	2.6	51.3
No contesto	19	48.7	48.7	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del Hospital General "Jorge Soberon Acevedo" de Iguala de la Independencia, Guerrero N=39

Los datos que reportan la muestra en estudio los datos no son significativos porque el 48.7% no contesto la pregunta.



Cuadro No. 10 Ha presentado parto pretérmino

Válido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	36	92.3	92.3	92.3
No	3	7.7	7.7	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del Hospital General "Jorge Soberon Acevedo" de Iguala de la Independencia, Guerrero N=39

En relación a la presencia de partos pretérminos el 92.3% refieren que han tenido partos prematuros. La edad, la falta de preparación, las condiciones de vida son factores para presentar este problema durante el embarazo.

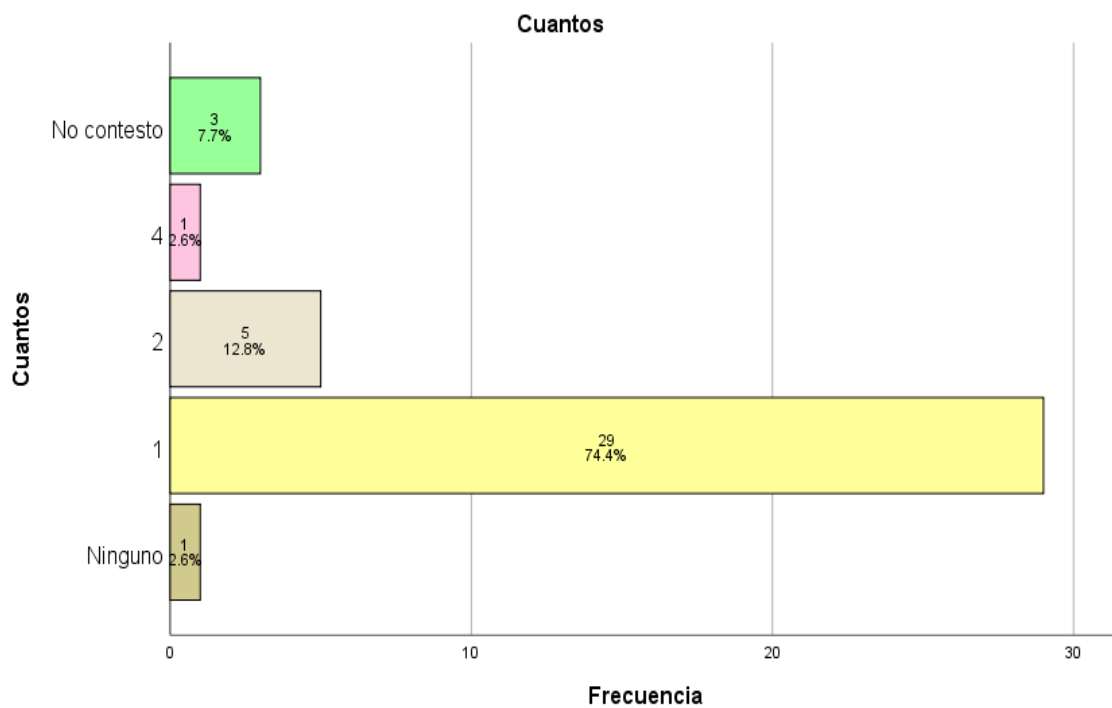


Cuadro No. 11 Cuantos partos pretérmino ha presentado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	1	2.6	2.6	2.6
	1	29	74.4	74.4	76.9
	2	5	12.8	12.8	89.7
	4	1	2.6	2.6	92.3
	No contesto	3	7.7	7.7	100.0
	Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del Hospital General “Jorge Soberon Acevedo” de Iguala de la Independencia, Guerrero N=39

El 74.4% de las mujeres en estudio mencionan que han presentado 2 partos pretérmino, el 13.8 han presentado 2 partos pretérmino.

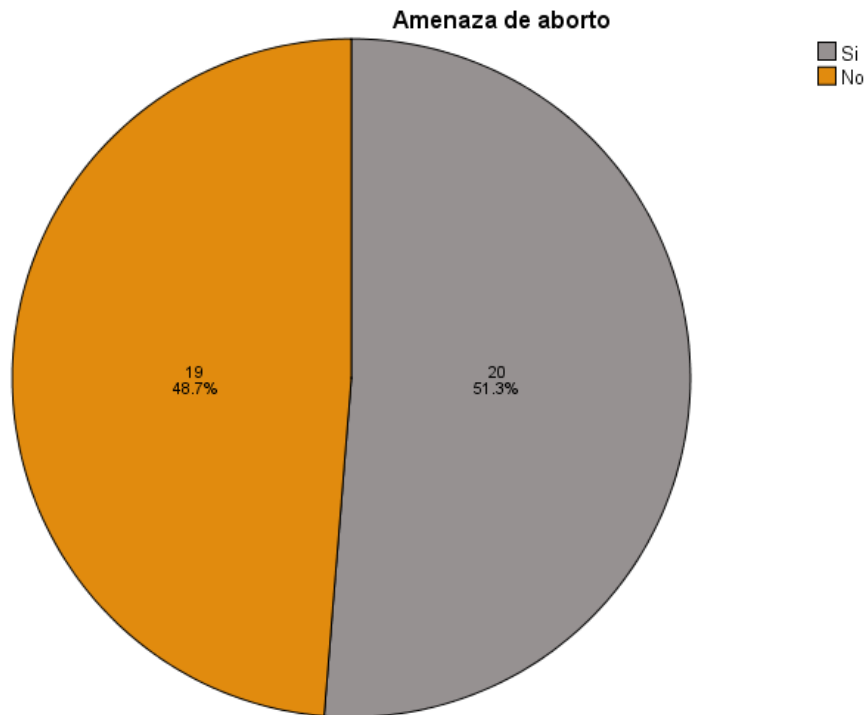


Cuadro No. 12 Amenaza de aborto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	20	51.3	51.3	51.3
No	19	48.7	48.7	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del Hospital General "Jorge Soberon Acevedo" de Iguala de la Independencia, Guerrero N=39

El 51.3% Han presentado amenaza de aborto. Siendo esto un factor de riesgo para presentar parto prematuro.

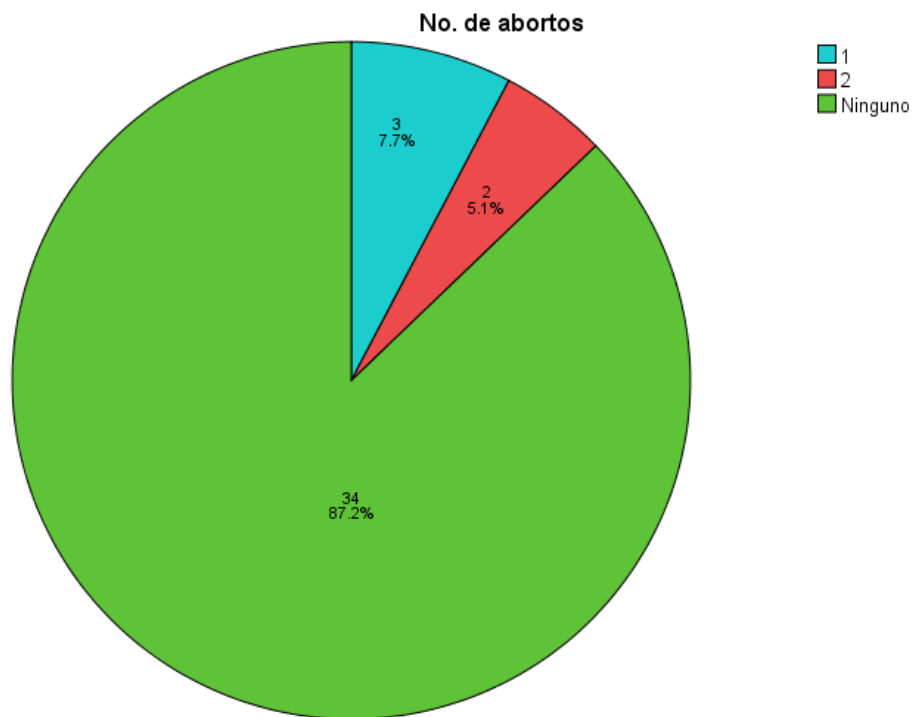


Cuadro No 13 Número de abortos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	3	7.7	7.7	7.7
2	2	5.1	5.1	12.8
Ninguno	34	87.2	87.2	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del Hospital General "Jorge Soberon Acevedo" de Iguala de la Independencia, Guerrero N=39

En relación a los abortos que han presentado mencionan que el 7.7% tuvieron un aborto y el 5,1% dos abortos,

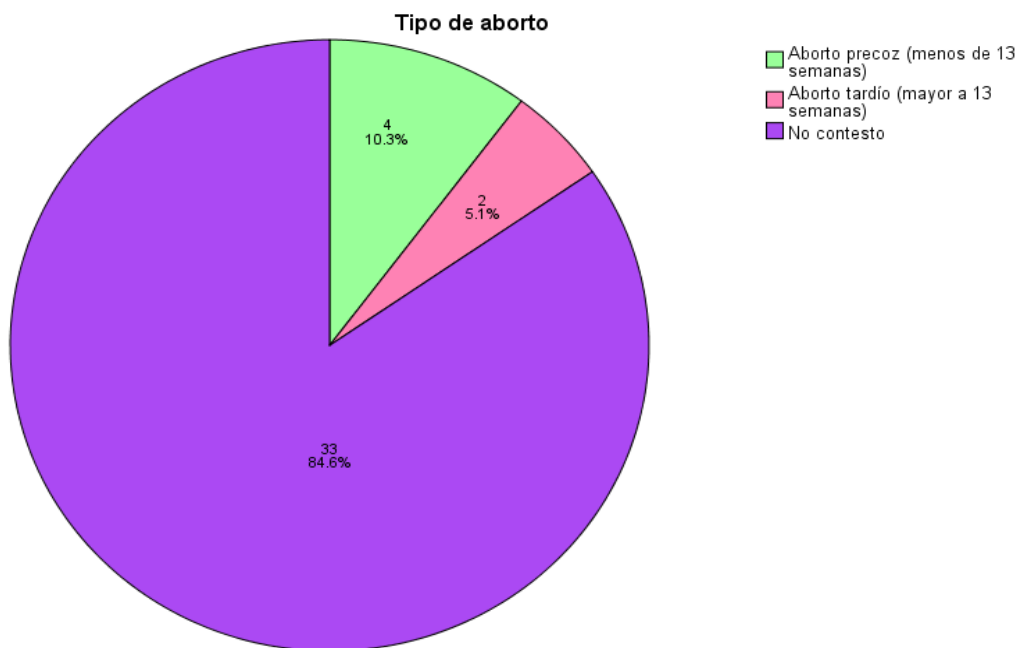


Cuadro No. 14 Tipo de aborto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Aborto precoz (menos de 13 semanas)	4	10.3	10.3	10.3
Aborto tardío (mayor a 13 semanas)	2	5.1	5.1	15.4
No contesto	33	84.6	84.6	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del Hospital General "Jorge Soberon Acevedo" de Iguala de la Independencia, Guerrero N=39

El 10.3% presento aborto precoz (menos de 13 semanas) y el 5.1% presentaron aborto tardío (mayor a 13 semanas de gestación). Es importante mencionar que el 51.3% de las pacientes presentaron amenaza de parto prematuro.

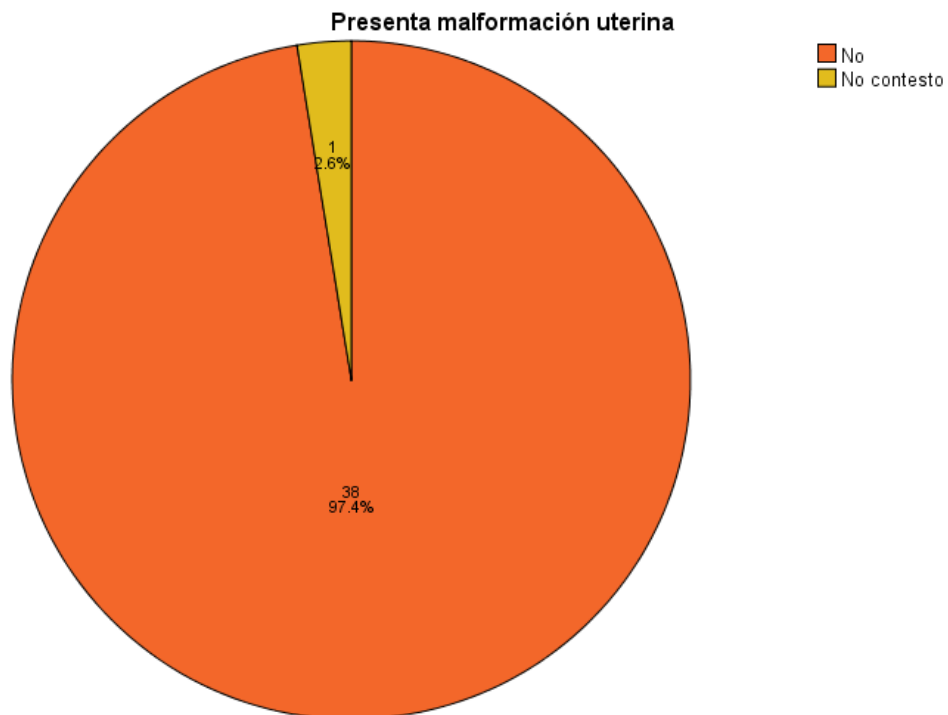


Cuadro No. 15 Presenta malformación uterina

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	38	97.4	97.4	97.4
No contesto	1	2.6	2.6	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del Hospital General "Jorge Soberon Acevedo" de Iguala de la Independencia, Guerrero N=39

En relación a malformaciones uterinas, el 97.4% menciono que no tuvieron ningún problema y el 2.6% no contesto.

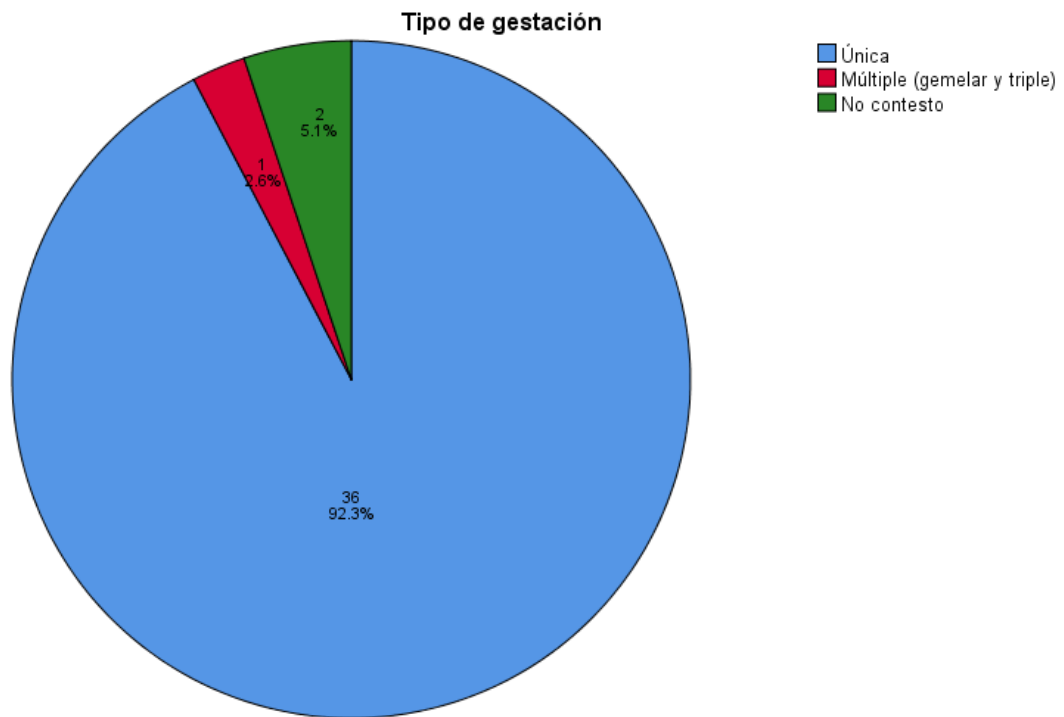


Cuadro No. 14 Tipo de gestación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Única	36	92.3	92.3	92.3
	Múltiple (gemelar y triple)	1	2.6	2.6	94.9
	No contesto	2	5.1	5.1	100.0
	Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del Hospital General “Jorge Soberon Acevedo” de Iguala de la Independencia, Guerrero N=39

En lo que se refiere al tipo de gestación el 92.3% refiere se única y el 2.6% fue múltiple (gemelar).



Cuadro No. 17 Has tenido sangrado durante la gestación

Válido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	19	48.7	48.7	48.7
No	20	51.3	51.3	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del Hospital General "Jorge Soberon Acevedo" de Iguala de la Independencia, Guerrero N=39

En relación si ha presentado sangrado durante la gestación, se encontró que el 48.7% si presento esta complicación y por esta causa presentaron parto prematuro.

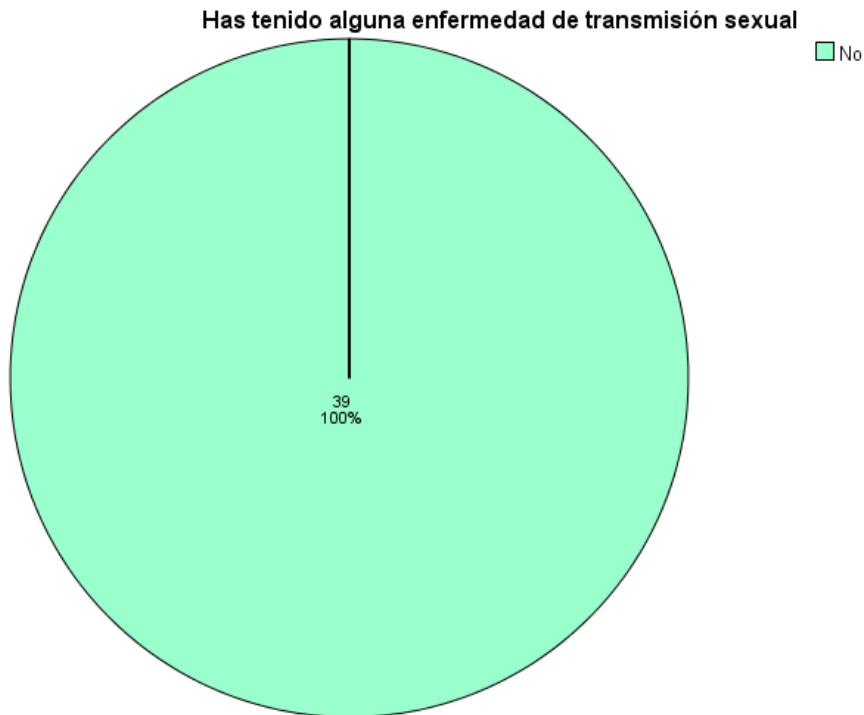


Cuadro No. 18 Has tenido alguna enfermedad de transmisión sexual

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	39	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cuestionario para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del Hospital General "Jorge Soberon Acevedo" de Iguala de la Independencia, Guerrero N=39

De la muestra encuestada el 100% refiere que no han adquirido ninguna enfermedad de trasmisión sexual.

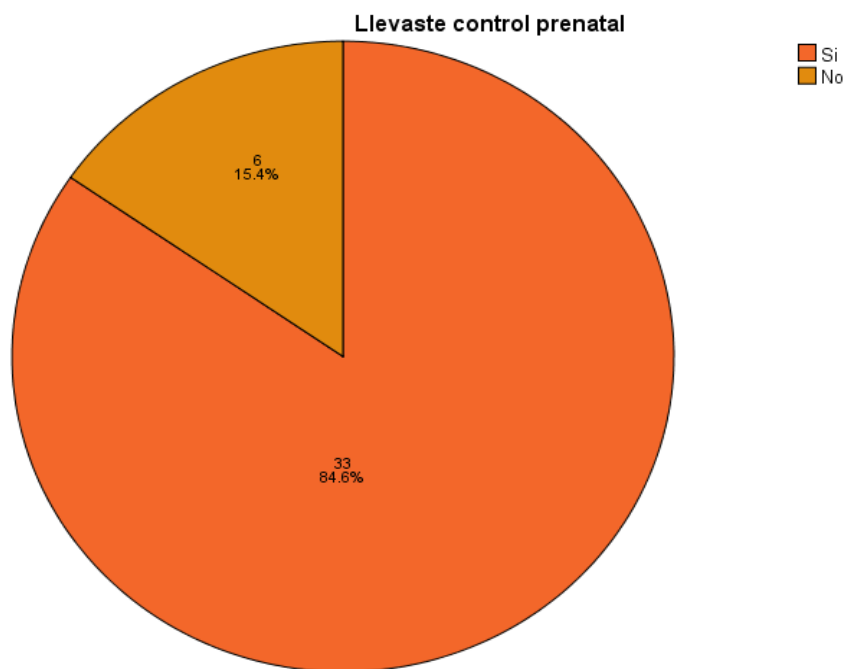


Cuadro No. 19 Llevaste control prenatal

Válido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	33	84.6	84.6	84.6
No	6	15.4	15.4	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del Hospital General "Jorge Soberon Acevedo" de Iguala de la Independencia, Guerrero N=39

En relación al control prenatal el 15.4% de las pacientes menciono que no llevaron control prenatal y el resto de ellas lo llevaron de forma inadecuada porque no fueron constantes en su control durante su gestación. Es importante mencionar que el control prenatal es importante para poder detectar cualquier alteración durante el embarazo para disminuir los índices d morbilidad materna fetal.

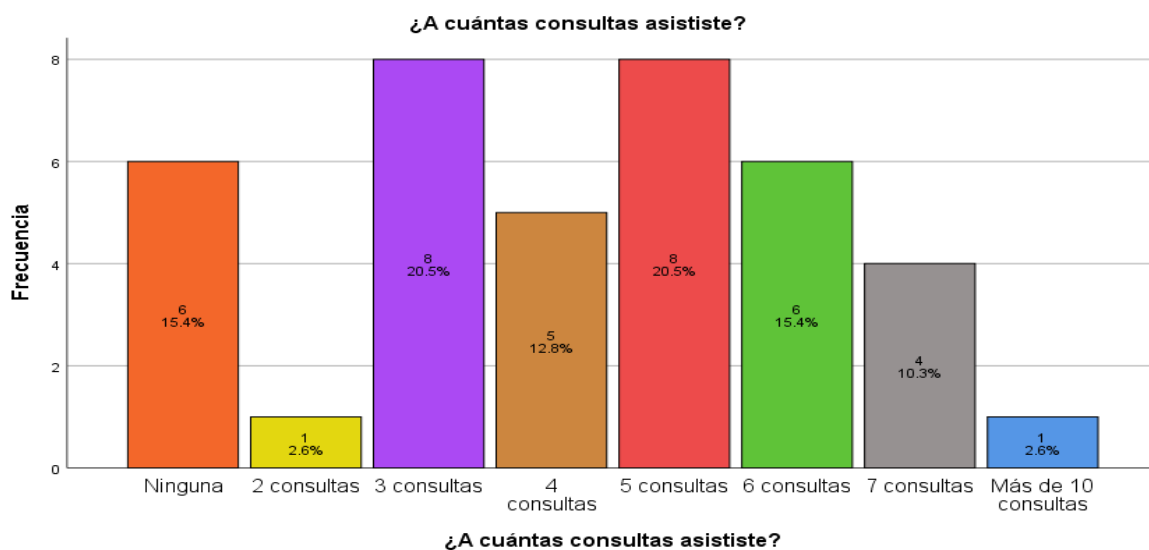


Cuadro No. 20. Número de consultas que asistieron

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	6	15.4	15.4	15.4
	2 consultas	1	2.6	2.6	17.9
	3 consultas	8	20.5	20.5	38.5
	4 consultas	5	12.8	12.8	51.3
	5 consultas	8	20.5	20.5	71.8
	6 consultas	6	15.4	15.4	87.2
	7 consultas	4	10.3	10.3	97.4
	Más de 10 consultas	1	2.6	2.6	100.0
	Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del Hospital General “Jorge Soberon Acevedo” de Iguala de la Independencia, Guerrero N=39

Como se observa en estos resultados las pacientes no llevaron un adecuado control prenatal para poder prevenir las complicaciones durante el embarazo como es el parto pretérmino.



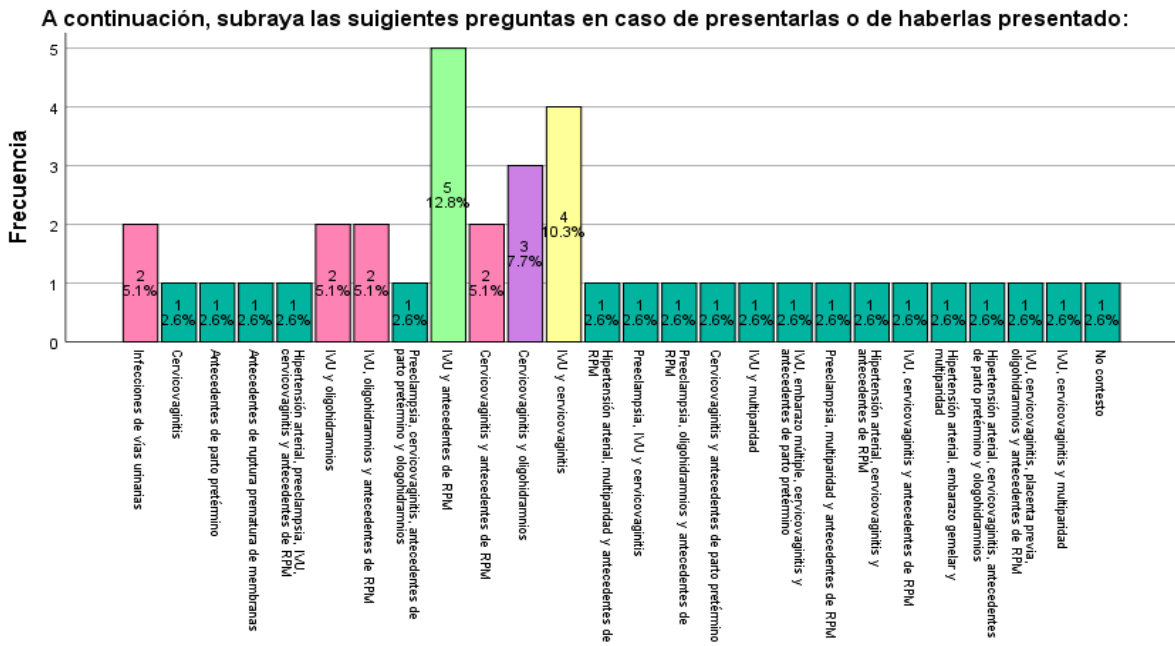
Cuadro No. 21 Complicaciones que presentaron durante el embarazo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Infecciones de vías urinarias	2	5.1	5.1	5.1
Cervicovaginitis	1	2.6	2.6	7.7
Antecedentes de parto pretérmino	1	2.6	2.6	10.3
Antecedentes de ruptura prematura de membranas	1	2.6	2.6	12.8
Hipertensión arterial, preeclampsia, IVU, cervicovaginitis y antecedentes de RPM	1	2.6	2.6	15.4
Infecciones de vías urinarias y oligohidramnios	2	5.1	5.1	20.5
Infecciones de vías urinarias, oligohidramnios y antecedentes de RPM	2	5.1	5.1	25.6
Preeclampsia, cervicovaginitis, antecedentes de parto pretérmino y oligohidramnios	1	2.6	2.6	28.2
Infecciones de vías urinarias y antecedentes de ruptura prematura de membranas	5	12.8	12.8	41.0
Cervicovaginitis y antecedentes de ruptura prematura de membranas	2	5.1	5.1	46.2
Cervicovaginitis y oligohidramnios	3	7.7	7.7	53.8
Infecciones de vías urinarias y cervicovaginitis	4	10.3	10.3	64.1
Hipertensión arterial, multiparidad y antecedentes de RPM	1	2.6	2.6	66.7
Preeclampsia, infecciones de vías urinarias y cervicovaginitis	1	2.6	2.6	69.2
Preeclampsia, oligohidramnios y antecedentes de RPM	1	2.6	2.6	71.8
Cervicovaginitis y antecedentes de parto pretérmino	1	2.6	2.6	74.4
Infecciones de vías urinarias y multiparidad	1	2.6	2.6	76.9
IVU, embarazo múltiple, cervicovaginitis y antecedentes de parto pretérmino	1	2.6	2.6	79.5
Preeclampsia, multiparidad y antecedentes de RPM	1	2.6	2.6	82.1
Hipertensión arterial, cervicovaginitis y antecedentes de RPM	1	2.6	2.6	84.6
Infecciones de vías urinarias, cervicovaginitis y antecedentes de RPM	1	2.6	2.6	87.2

Hipertensión arterial, embarazo gemelar y multiparidad	1	2.6	2.6	89.7
Hipertensión arterial, cervicovaginitis, antecedentes de parto pretérmino y oligohidramnios	1	2.6	2.6	92.3
Infecciones de vías urinarias, cervicovaginitis, placenta previa, oligohidramnios y antecedentes de RPM	1	2.6	2.6	94.9
Infecciones de vías urinarias, cervicovaginitis y multiparidad	1	2.6	2.6	97.4
No contesto	1	2.6	2.6	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del Hospital General "Jorge Soberon Acevedo" de Iguala de la Independencia, Guerrero N=39

El 99% de las pacientes menciono haber tenido alguna de las complicaciones mencionadas en este cuadro. Este dato son factores de riesgo para presentar embarazo pretérmino por lo que es importante tratarse de manera adecuada para evitar la muerte fetal.

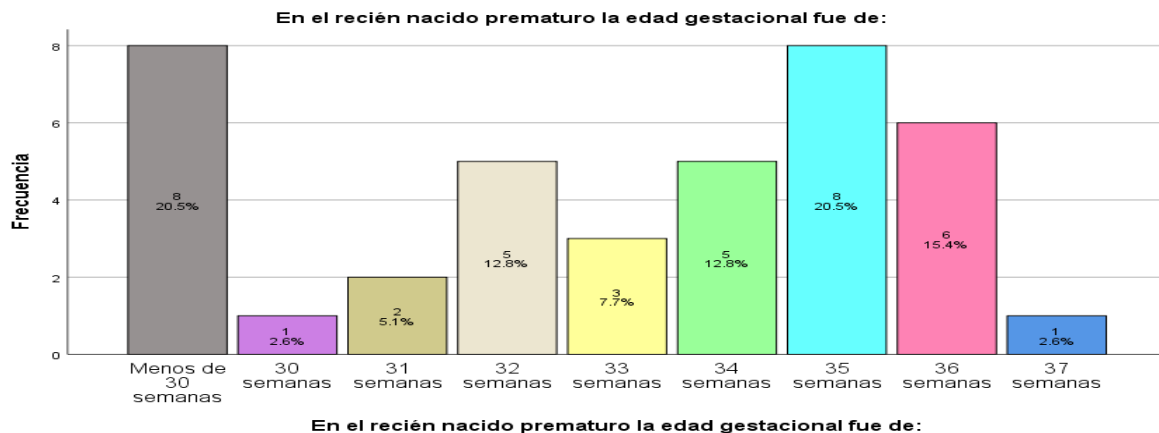


Cuadro No. 22. La edad gestacional del recién nacido prematuro:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Menos de 30 semanas	8	20.5	20.5	20.5
30 semanas	1	2.6	2.6	23.1
31 semanas	2	5.1	5.1	28.2
32 semanas	5	12.8	12.8	41.0
33 semanas	3	7.7	7.7	48.7
34 semanas	5	12.8	12.8	61.5
35 semanas	8	20.5	20.5	82.1
36 semanas	6	15.4	15.4	97.4
37 semanas	1	2.6	2.6	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los factores de riesgo de parto prematuro en la gestante del Hospital General “Jorge Soberon Acevedo” de Iguala de la Independencia, Guerrero N=39

En relación a la edad gestacional del nacimiento del R/N el 20.5 % fue menos de 30 semanas y de 35 semanas respectivamente, el 15.4% de 36 semanas y el 12,8% de 32 y 34 semanas respectivamente. La edad gestacional del nacimiento de los niños es muy importante por las posibles secuelas que puedan presentar y la mortalidad del recién nacido.



Discusión.

En relación a los resultados obtenidos de la muestra en estudio fueron los siguientes:

La embarazo en edad avanzada o muy joven presentaron el factor de riesgo de parto prematuro, El nivel educativo de las gestantes fue del 53.8% con secundaria, el 23.1% primaria y el 15.4% con un nivel de preparación de secundaria. En relación a al tipo de religión que profesan las gestantes mencionaron que el 71.8% son católicas y el 25.6% son cristianas, el 51.3% tiene un nivel bajo y el 48.7% tiene un nivel socioeconómico medio. En relación al número de hijos de las pacientes el 41.0% tiene un hijo, 23.1 % tiene 2 hijos y el 20.5% con tres hijos; el 92.3% refieren que han tenido partos prematuros, el 74.4% de las mujeres en estudio mencionan que han presentado 2 partos pretérmino, el 13.8 han presentado 1 partos pretérmino, el 51.3% Han presentado amenaza de aborto. el 7.7% tuvieron un aborto y el 5,1% dos abortos, El 10.3% presento aborto precoz (menos de 13 semanas) y el 5.1% presentaron aborto tardío (mayor a 13 semanas de gestación). Es importante mencionar que el 51.3% de las pacientes presentaron amenaza de parto prematuro. En lo que se refiere al tipo de gestación el 92.3% refiere se única y el 2.6% fue múltiple (gemelar). el 48.7% si presento sangrado durante la gestación y por esta causa presentaron parto prematuro. En relación al control prenatal el 15.4% de las pacientes menciono que no llevaron control prenatal y el resto de ellas lo llevaron de forma inadecuada porque no fueron constantes en su control durante su gestación, el 99% de las pacientes menciono que tuvieron complicación durante el embarazo, en relación a la edad gestacional del nacimiento del R/N el 20.5 % fue menor de 30 semanas y de 35 semanas respectivamente, el 15.4% de 36 semanas y el 12,8% de 32 y 34 semanas respectivamente.

Estos factores de riesgo de las mujeres embarazadas coinciden con los resultados de otras investigaciones que se han realizado en relación a tema de investigación, por lo que es importante tomar en cuenta estos factores de riesgo que presentan las gestantes para disminuir el índice de morbilidad fetal.

V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El parto pretérmino es la vía final de una serie de procesos fisiopatológicos diferentes, por lo tanto, no constituye una patología en sí, sino un síndrome. El parto pretérmino espontáneo representa las 2/3 partes de PPT. Su prevención puede ser primaria o secundaria, por lo que la atención prenatal es una de las herramientas más importantes en las mujeres embarazadas para detectar las posibles complicaciones que pueden presentar durante el embarazo.

Conclusiones: Los resultados del presente estudio concluyen la existencia de factores de riesgo maternos para parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital General “Jorge Soberon Acevedo” como son la edad avanzada o muy joven presentaron el factor de riesgo de parto prematuro, bajo nivel educativo y nivel socioeconómico bajo y medio, el 92.3% refieren que han tenido partos prematuros, el 74.4% de las mujeres en estudio mencionan que han presentado 2 partos pretérmino, el 13.8 han presentado 1 partos pretérmino, el 51.3% Han presentado amenaza de aborto, el 7.7% tuvieron un aborto y el 5,1% dos abortos, El 10.3% presento aborto precoz (menos de 13 semanas) y el 5.1% presentaron aborto tardío (mayor a 13 semanas de gestación). Es importante mencionar que el 51.3% de las pacientes presentaron amenaza de parto prematuro. En lo que se refiere al tipo de gestación el 92.3% refiere se única y el 2.6% fue múltiple (gemelar), el 48.7% si presento sangrado durante la gestación y por esta causa presentaron parto prematuro. En relación al control prenatal el 15.4% de las pacientes menciona que no llevaron control prenatal y el resto de ellas lo llevaron de forma inadecuada porque no fueron constantes en su control durante su gestación, el 99% de las pacientes tuvieron complicaciones durante el embarazo, en relación a la edad gestacional del nacimiento del R/N el 20.5 % fue menor de 30 semanas y de 35 semanas respectivamente, el 15.4% de 36 semanas y el 12,8% de 32 y 34 semanas respectivamente. De acuerdo a los datos obtenidos se

encontraron múltiples factores de riesgo en las gestantes que incidieron en la presencia de partos prematuros.

En conclusión, que los objetivos planteados se cumplieron, ya que se identificó los factores de riesgo del parto prematuro en las gestantes.

Sugerencias.

Es importante realizar las siguientes acciones para dar una atención de calidad a las mujeres gestantes y en edad reproductiva:

Detección y tratamiento oportuno de las pacientes con patologías durante el embarazo, por lo tanto, la atención prenatal es una de las herramientas más importantes para prevenir este problema durante la gestación.

Reforzar la consejería anticonceptiva en las adolescentes.

Espaciar los nacimientos

Detección y tratamiento de las infecciones genitourinarias

Programas de promoción a la salud como: la importancia de postergar el inicio de la vida sexual y el uso de métodos anticonceptivos en especial el condón y la anticoncepción de emergencia, prevención de enfermedades de transmisión sexual, embarazo, aborto, complicaciones del embarazo en adolescentes.

Uso adecuado de las tecnologías y medios de comunicación como estrategia de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva.

Los profesionales de la salud brindaran consejería en la atención integral a la gestante entregando información objetiva, actualizada, completa y veraz sobre las complicaciones más frecuentes durante el embarazo.

Elaborar folletos, trípticos y asesoría por parte de profesionales de enfermería sobre los temas más relevantes que ayuden en la promoción de la salud sexual y reproductiva.

VI. BIBLIOGRAFÍA

Castillo SRM, Moyano BEG, Ortiz DNG, Villa PCM. Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, vol. 38 (6) 2019 disponible: www.revistavit.com

Canales HF. Metodología de la Investigación. 1ra Edición, Editorial Limusa; 2011 pág. 327.

Cruz T, MC. Factores de riesgo maternos preconceptionales y conceptionales del parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital Santa Rosa. Tesis para optar el título profesional de médicos cirujano Universidad San Marcos, 2014

Goldenberg RI, et al. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet, 2008; 371: 75-84.

González DI, Sánchez GP, García LL, Esnal TA, Escribano T JJ. Desgarro cervical en pacientes con pesario. Ginecol Obstet Mex. 2016; 84(6):396-402

Guía Práctica Clínica GPC, Prevención, diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino. Evidencias y recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías Prácticas Clínica; IMSS-063-08, 2017.

Guía Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de R. México: Secretaría de Salud: 2009. Disponible en: <http://www.conetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

Guía de Práctica Clínica. Embarazo en riesgo: concepto. Situaciones de riesgo. Clasificación, descripción, planificación de los cuidados obstétricos ginecológicos. Implicaciones materno-fetales. Intervenciones y valoración de la situación de los trastornos cardiovasculares, respiratorios, digestivos, hematológicos, musculoesqueléticos y neurológicos durante el embarazo. AMIRSALUD. Disponible en: www.amirsalud.com

Guillén GJJ. Factores maternos asociados al parto pretérmino hospital nacional Alberto Sabogal Sologuren Tesis para optar el título de especialista en ginecología y obstetricia Universidad San Martín de Porres. Facultad de Medicina Sección de Posgrado Lima, 2014.

Huertas TE. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención, rev Peru Ginecol Obstet. 2018; 64(3) pag. 399-404

Hernández SR. Metodología de la Investigación, 6ta edición, Editorial MC-Graw-Hill, México, 2014 pág. 600.

Kassebaum NJ, Bertozzi VA, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al. Global, regional and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2014; 384: 980-1004.

Kimberly GI, Choberty JP. Identificación de recién nacido de alto riesgo y valoración de la edad gestacional. Prematuridad, hipermadurez, peso elevado y bajo peso para su edad gestacional. Manual de Cuidados Neonatales. Editorial Choherty JP, Eichenwald E.C., Stark A.R. 4 Ed (Barc) 2005, 3:50-66

Martínez C GA, Díaz Z JC, Romero VA. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. Salud en Tabasco, Secretaria de Salud del Estado de Tabasco, Villahermosa, México, vol 23, núm. 1-2 enero- agosto 2017, pp. 13-18

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48754566003>

Minguet RR, Cruz C PR, Ruiz R RA, Hernández VM. Incidencia de nacimientos pretérmino en el IMSS (2007-2012). Ginecol Obstet Mex 2014; 82:265-471

Mendoza L, Claros D. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Chile 2016; 81(4).

Organización Mundial de la Salud. Partos prematuros. 19 febrero 2018. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.

Organización Mundial de la Salud, Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011. Ginebra: 2011

Palacios M, Cobo T, Martínez T: Manejo ambulatorio de la paciente con riesgo de parto prematuro. (Balasch J.) Actualización en Obstetricia y Ginecología, Edit. Ergon, Barcelona, Madrid, 2015. Pag. 415-420

Restrepo M. (Botero J., Júbiz A. y Henao G.) Obstetricia y Ginecología, Editor Fondo editorial, Medellín, Colombia, 2015

Tucker J, McGuire W. epidemiology of preterm birt, BMJ 2004; 329: 675-678

Zuleta T JJ, Gómez D JG. Evaluación del riesgo y conceptos epidemiológicos. (Botero J., Júbiz A. y Henao G.) Obstetricia y Ginecología, Editor Fondo editorial, Medellín, Colombia, 2015 pp. 75-81.

ANEXO "A": CONSENTIMIENTO INFORMADO.



**CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INCORPORADO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

A quien corresponda.

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en la investigación Factores de riesgo de parto prematuro en la gestante atendidas en el Hospital General "Jorge Soberon Acevedo" de Iguala de la Independencia, Guerrero. Recibí la explicación de los objetivos del estudio de forma general y la importancia que tiene la presente investigación.

Se me ha notificado que mi participación es voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o darla por terminada en cualquier momento, el cuestionario será de carácter anónimo y solo seré registrado con un número de folio.

Los resultados podrán ser difundidos de manera general, protegiendo la individualidad y anonimato de las personas, por lo que estamos de acuerdo en participar y expresamos nuestro consentimiento firmando esta carta.

Firma de la paciente

Nombre y firma del investigador

FECHA: _____

ANEXO “B” INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.



CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA INCORPORADO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FOLIO: _____

El presente cuestionario tiene la finalidad de conocer los factores de riesgo de Parto Prematuro en la gestante atendida en el Hospital General “Jorge Soberon Acevedo” de Iguala de la Independencia, Guerrero. Por esta razón necesitamos su apoyo contestando las siguientes preguntas, así que le pedimos contestar con toda sinceridad, las respuestas que usted proporcione serán de manera confidencial.

Variables Socio biológicas

1. Edad materna en el momento del parto
 - a) 13 años
 - b) 14 años
 - c) 15 años
 - d) 16 años
 - e) 17 años
 - f) 18 años
 - g) 19 años
 - h) Más : _____

2. Estado Civil
 - a) Casada
 - b) Soltera
 - c) Unión libre
 - d) Divorciada
 - e) Viuda

3. Nivel educativo
 - a) Primaria
 - b) Secundaria

- c) Preparatoria
 - d) Profesional
 - e) Nivel Técnico
 - f) Analfabeta
4. Religión
- a) Católica
 - b) Testigo de Jehová
 - c) Protestante
 - d) Otra: _____
5. Nivel socioeconómico
- a) Bajo
 - b) Medio
 - c) Alto
6. Problemas sociales
- a) Fumas
 - b) Alcoholismo
 - c) Drogadicción
 - d) Prostitución
 - e) Otra: _____
7. Tabaquismo.
- a) No fumadoras
 - b) Menos de 10 cigarrillos al día
 - c) Más de 10 cigarrillos al día

VARIABLES ANALÍTICOS (Antecedentes Obstétricos)

8. Paridad (número de hijos)
- a) 1 hijo
 - b) 2 hijos
 - c) 3 hijos
 - d) 4 hijos
 - e) 5 hijos
 - f) 6 hijos
 - g) Más de 6 hijos
9. Número de partos a Término
- a) 1
 - b) 2
 - c) 3
 - d) 4

- e) 5
- f) 6
- g) Más de 6

10. Ha presentado de partos pretérmino

- a) Si
- b) No
- c) Cuantos: _____

11. Amenaza de aborto

- a) Si
- b) No

12. No. De abortos: _____

13. Tipo de aborto

- a) Aborto precoz (menos de 13 semanas)
- b) Aborto Tardío (mayor a 13 semanas)

14. Presenta malformación uterina

- a) Si
- b) No

15. Tipo de gestación

- a) Única
- b) Múltiple (gemelar y triple)

16. Has tenido Sangrado durante la gestación

- a) Si
- b) No

17. Has tenido alguna enfermedad de trasmisión sexual

- a) Si : cuales _____
- b) No

18. Llevaste control prenatal

- a) Si
- b) No
- c) A Cuantas consultas asististe? _____

19. A continuación subraya las siguientes preguntas en caso presentarlas o de haberlas presentados:

- a) Diabetes Mellitus
- b) Hipertensión Arterial

- c) Cardiopatía
- d) Preeclampsia
- e) Eclampsia
- f) Infecciones de vías urinarias
- g) Embarazo múltiple
- h) Cervicovaginitis
- i) Antecedentes de parto pretérmino
- j) Placenta previa
- k) Oligohidramnios
- l) Embarazo gemelar
- m) Metrorragias del tercer trimestre
- n) Defecto Congénitos diagnosticado durante la gestación
- o) Multiparidad.
- p) Antecedentes de conización o cerclaje cervical
- q) Antecedentes de Ruptura Prematura de Membranas

20. En el recién nacido prematuro la edad gestacional fue de

- a) Menos de 30 semanas
- b) 30 semanas
- c) 31 semanas
- d) 32 semanas
- e) 33 semanas
- f) 34 semanas
- g) 35 Semanas
- h) 36 semanas
- i) Otro: _____

Gracias por tu participación

