

11217
158
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

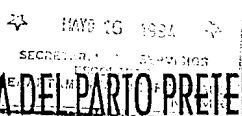
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CENTRO MEDICO NACIONAL

GENERAL DE DIVISION "MANUEL AVILA CAMACHO"

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36



EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DR. ALFREDO ROSAS POBLANO

ASESOR:

DR. GUILLERMO MADRID CASAS



IMSS

PUEBLA, PUE.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

A MIS PADRES:

BRUNO ROSAS

GUDELIA POBLANO

**Por haberme dado la vida
y ayudarme a ser un hombre
de bien.**

A MIS HERMANOS:

**Por su apoyo incondicional
durante mi formación.**

A MI ESPOSA:

EVANGELINA

Porque gracias a su apoyo,
paciencia e impulso brindado
he logrado alcanzar una de
mis metas.

A MIS HIJOS:

ABIMAEI

CHRISTIAN MIZRAIM

NEPTALI

Quienes con su presencia
y comprensión, me han im
pulsado a seguir adelante.

A MIS MAESTROS:

**Por sus enseñanzas
y buenos consejos.**

A TODAS LAS PERSONAS:

**Que de una u otra manera
contribuyeron a mi formación.**

=== I N D I C E ===

T E M A	PAG.
INTRODUCCION	1
DEFINICIONES	2
ETIOLOGIA	4
PRECUENCIA	9
IDENTIFICACION DE LA PACIENTE CON RIESGO	10
DIAGNOSTICO	12
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	14
PREVENCION DEL PARTO PRETERMINO	17
MANEJO DEL PARTO PRETERMINO	19
VIA DEL PARTO	28
OBJETIVOS	29
MATERIAL Y METODOS	30
ANALISIS DE RESULTADOS	39
RESUMEN	41
BIBLIOGRAFIA	42

INTRODUCCION:

Uno de los principales desafíos que enfrenta el obstetra y el pediatra hoy en día es el parto prematuro. Actualmente es la causa principal de morbilidad y mortalidad perinatal (11,22).

El feto es quien está expuesto al mayor riesgo y no la embarazada, y quizá por tal situación, el parto prematuro a menudo no se le trata como urgencia real. Sin embargo, el hecho de que la propia madre no esté en peligro en tal circunstancia no debe ser motivo para que el obstetra no trate el problema con rapidez y eficacia (26).

Un feto o un recién nacido cuyo peso sea considerablemente inferior al normal, presenta un alto riesgo de muerte o, si sobrevive, de padecer defectos físicos o psíquicos (2). Durante mucho tiempo la incidencia de niños con peso inferior a 2500 grs. en el momento del nacimiento se ha utilizado como indicador de la calidad global de la actividad reproductora, especialmente en grandes poblaciones (22). No obstante, en la actualidad se considera que son dos los mecanismos responsables del peso anormalmente bajo en el nacimiento. En uno de los cuales la tasa de crecimiento es normal, pero durante un período de tiempo muy corto; en el otro, el feto no logra mantener una tasa normal de crecimiento. De manera que, uno de los factores básicos en el manejo adecuado de un embarazo con complicaciones es el conocimiento preciso de la edad gestacional. Tal dato es esencial para adoptar cualquier decisión correcta relativa a la idoneidad del crecimiento fetal. Por desgracia, por una serie de razones, la edad gestacional puede, o bien desconocerse, o bien ser calculada erróneamente. El error puede ser como consecuencia de que no se preste a la mujer el necesario cuidado prenatal hasta una fase muy avanzada de la gestación y, por tanto, cuando ya se hayan producido importantes fenómenos para la identificación de la edad fetal; el error puede deberse también a una ovulación retardada que paso inadvertida debido, por ejemplo, a la administración de un anticonceptivo oral (25).

Hay tres definiciones de prematuridad, ninguna de las cuales es totalmente satisfactoria. Una se basa en la edad gestacional y define a un niño prematuro como aquel nacido antes de las 37 semanas de gestación. Tal definición es anterospectiva, y este parto prematuro es pasible de una intervención o prevención obstétrica. Su principal desventaja es la frecuente incertidumbre en cuanto a la fecha de la concepción. Una segunda definición de prematuridad se basa en el peso al nacer. Un neonato que pesa menos de la cifra arbitraria de 2500 grs. se considera prematuro (15,25). En esencia es un diagnóstico retrospectivo y no es de mucha ayuda para el obstetra, ya que la evaluación clínica prenatal del peso fetal es pasible de error, incluso en las manos más experimentadas. Aún más, en ciertas edades gestacionales el espectro de peso normal al nacer varía de menos a más de 2500 grs. No obstante, esta definición proporciona un reparo fácilmente obtenible y relativamente exacto. Sin embargo, no toma en cuenta al neonato con sobrecrecimiento (p.ej., recién nacido de madre diabética, cuyo peso puede ser mayor de 2500 grs. mucho antes de la madurez gestacional) ni al feto con retardo del crecimiento intrauterino. Finalmente, una combinación de ambos enfoques define la prematuridad como un nacimiento entre las semanas 20 a 37 con un peso al nacer menor de 2500 grs.

Los niños de bajo peso al nacer son aquellos que pesan menos de 2500 grs. El término incluye a aquellos neonatos cuyo peso refleja baja edad gestacional o retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) o ambos. Así, identifica a un grupo de niños por peso al nacer sin referencia a la etiología. Este término no ayuda mucho en el dilema de la terminología (18).

El énfasis puesto en la definición exacta de prematuridad refleja la necesidad de una interpretación estándar y biológicamente firme. Por definición, un parto prematuro ocurre antes de la edad gestacional con la cual un feto logra las capacidades óptimas para cubrir los requerimientos de la vida extrauterina. Con nuestros conocimientos actuales, tal definición no es práctica ni posible. Hasta el momento, parece preferible considerar el parto prematuro como aquel que ocurre entre las semanas 28 y 37 de gestación. La clasificación por peso al nacer, o peso al nacer relacionado con -

la edad gestacional, se convierte en un tema aparte (11).

Actualmente parece esencial separar completamente la gestación acortada y el crecimiento fetal restringido mediante la mejora de nuestros conocimientos en relación con el comienzo verdadero del embarazo, mediante exploración prenatal o por medio de cálculos basados en la ecografía realizada antes de la semana veinte en los casos en que la fecha del último período menstrual se desconoce o aquellos en los que existen ciclos largos e irregulares (3).

ETIOLOGIA:

El trabajo de parto pretérmino espontáneo, continúa siendo la principal causa de morbi-mortalidad perinatal (1,5).

Un parto prematuro puede ser planificado o no planificado. El último caso se debe a parto prematuro espontáneo, mientras que se emprende un parto prematuro planificado cuando, debido a indicaciones maternas o fetales, se considera que los de continuar con el embarazo exceden los de la prematuridad. Actualmente, hay una proporción en disminución de partos prematuros debido a criterio equivocado de la edad gestacional en caso de cesárea o inducción del parto electivas. La documentación de la edad y madurez fetales está minimizando esta causa de prematuridad. La mayoría de los niños prematuros nacen como resultado de parto pretérmino espontáneo. En más de 60% de los casos, no puede identificarse ningún factor etiológico posible. En comparación con embarazos que continúan hasta el término, se ha demostrado que, cuando hay una rotura prematura de las membranas, los niveles de cobre en suero materno y fetal están significativamente disminuidos.

Algunas condiciones fetales y maternas predisponen a un parto pretérmino (19). Cuando se identifican, estas condiciones ubican al embarazo en una categoría de alto riesgo y la atención preparto debe reflejar este conocimiento. Entre los factores citados están los siguientes:

- ° Embarazo múltiple, embarazo en adolescentes, primer embarazo
- ° Gran multiparidad (5)
- ° Placenta previa
- ° Abrupto placentae
- ° Anemia (16)
- ° Tabaquismo - mayor incidencia de placenta previa, abruptio placentae y rotura prematura de membranas asociada con el tabaco (22)
- ° Adición a narcóticos (1)
- ° Polihidramnios
- ° Amnioititis (2,6,8)
- ° Infección de vías urinarias, incluyendo bacteriuria asintomática (7,8)

- ° Rotura prematura de membranas (3,7,19)
- ° Sfilis
- ° Hepatitis
- ° Colestasis obstétrica
- ° Toxoplasmosis crónica
- ° Enfermedades virales y febriles maternas (9)
- ° Vasculopatía hipertensiva crónica
- ° Bajo nivel socioeconómico (5)
- ° Cuello incompetente (1,19,26)
- ° Anomalías uterinas congénitas
- ° Leiomiomas submucosos múltiples

Keirse y cols. hallaron que las pacientes que habían tenido - un episodio previo de parto prematuro tenían una posibilidad del 37% de un parto prematuro en su siguiente embarazo. El riesgo se duplicaba en aquellas que habían tenido dos o más partos pretérmino. El estudio también demostró que la edad gestacional en la cual ocurría el aborto tenía significado pronóstico. Cuando un aborto ocurría en el segundo trimestre, el riesgo de parto espontáneo en un embarazo posterior aumentaba cinco veces. En contraste, un aborto en el primer trimestre no aumentaba sustancialmente el riesgo.

Lekea y cols. (13), tuvieron resultados semejantes en una población de 6524 embarazadas en quienes se determinaron características comunes de la historia obstétrica y el parto pretérmino. Encontrando una significativa asociación entre parto pretérmino y pérdida fetal previa. Para quienes tuvieron aborto, aborto inducido u óbito, la razón fué 1.40, 1.36 y 1.15 respectivamente.

Se ha observado hiperplasia corticoadrenal en niños nacidos prematuramente, surgiendo la posibilidad de que una mayor producción de glucocorticoides fetales pueda estar relacionada con el comienzo de un parto prematuro. Sin embargo, no se ha determinado una clara relación causa efecto.

La anemia ha sido asociada con parto pretérmino espontáneo. Klebanoff y cols. (16) reportan que un hematócrito de 34 o menos está fuertemente asociado con parto pretérmino y que esto es una relación causa efecto entre el valor del hematócrito y parto pretérmino.

El estudio de Elst y cols. (6) corrobora que en partos pretérmino espontáneo, hay evidencia histológica de coriamnioitis habiendo incremento en la producción de PGE, PGF y leucotrieno B4 por las membranas fetales y placenta en comparación con tejidos normales.

En el estudio de las placentas de partos pretérmino, debe hacerse una diferenciación entre aquellas de embarazos asociados con una afección concomitante, por ejemplo diabetes, hipertensión y otras, y aquellas de embarazos no complicados. Las últimas no presentan aspectos característicos en el examen macroscópico. Los infartos, calcificaciones y depósitos de fibrina son menos comunes que en las placentas de término. La madurez de las vellosidades generalmente parece ser normal. Ocasionalmente, las vellosidades son menos maduras que lo esperado para la edad gestacional. La necrosis fibrinoide de las vellosidades es un hallazgo común.

La manifestación más común de infección por gram negativos durante el embarazo del tracto urinario, incluye bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis aguda. Más recientemente, toxinas de bacterias han sido descubiertas en fluido amniótico y correlacionado con parto pretérmino (8).

Asimismo, se han estudiado otras condiciones tratando de correlacionar su frecuencia con el problema, entre las cuales sobresalen:

- a)- Incompetencia cervical (1). Sin duda alguna un pequeño porcentaje (6.15) de partos pretérmino son debidos a incompetencia del cuello uterino. Lejos aún de término, tal fenómeno puede pasar inadvertido y dilatarse en forma apreciable, no como resultado de la actividad uterina aumentada sino debido más bien, a la debilidad intrínseca del cuello.
- b)- Sobredistensión uterina (19). El hidramnios, especialmente cuando es agudo y marcado, o la presencia de dos o más fetos aumenta el riesgo de parto pretérmino.
- c)- Pérdida de embarazos previos (1,18). La mujer que ya dio a luz con anterioridad un bebé pretérmino es más probable que vuelva a hacerlo, incluso cuando no existen otros factores predisponentes identificables.

Dentro de los factores que parecen jugar un papel importante (tal vez el principal) en el parto pretérmino, se encuentra la infección antepartum del tracto genital y su asociación con la

ruptura prematura de membranas (RPM), o posiblemente una estimulación directa de la actividad uterina en los casos de membranas intactas (23)

Estudios epidemiológicos han documentado una variedad de características asociadas con parto pretérmino, entre las que se mencionan:

- ° La aseguibilidad a los servicios de atención prenatal (23)
- ° Tabaquismo (22,23)
- ° Relaciones sexuales durante el embarazo (23)
- ° Uso de drogas ilícitas durante el embarazo
- ° Exposición a trauma, cirugía o anestesia durante el embarazo
- ° Período intergenésico corto
- ° Preeclampsia
- ° La actividad física durante el embarazo (controversial) y grupo étnico (1,15,17,18)

Se sabe que las circunstancias antes mencionadas acompañan frecuentemente a los partos pretérmino y aunque no se ha establecido si en verdad son factores desencadenantes, se han clasificado en bajo y alto riesgo.

FACTOR DE BAJO RIESGO

- medio socioeconómico bajo (23)
- tabaquismo
- edad menor de 16 años y mayor de 40 años (22,23)
- enfermedad sistémica materna
- abortos de repetición
- infecciones genitales
- DIU retenido

FACTOR DE ALTO RIESGO

- parto pretérmino previo (23)
- RPM
- embarazo múltiple
- incompetencia istmocervical (23)
- infección de vías urinarias
- enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo (EHIE)

Todos estos factores incrementan el riesgo de parto pretérmino de los de bajo riesgo deben existir tres para catalogar a la paciente como de alto riesgo y, los de alto riesgo cualquiera implica mayor predisposición a parto pretérmino.

Independientemente de los factores anteriores, faltaría mencionar el riesgo que implica la intervención de tipo iatrogénico por una estimación incorrecta de la edad gestacional, y la de tipo idiopático, considerándose como la más frecuente presentándose hasta en un 60% de las causas no conocidas de parto pretérmino.(19)

FRECUENCIA:

La mortalidad perinatal continúa siendo un problema de Salud Pública de primer orden, lo cual ha motivado la realización de múltiples estudios en diversos países del mundo. Entre los hallazgos que estos estudios han aportado, el parto pretérmino permanece como la causa más frecuente, contribuyendo con el 50 a 70% de todas las muertes perinatales en la mayoría de las comunidades, en donde los nacimientos antes del término varían del 8 al 10% de todos los embarazos; es decir, de cada 1000 embarazos, 80 a 100 terminan en parto pretérmino y de éstos, 40 a 70 producirán muerte perinatales (12,14,23).

Las estadísticas de supervivencia de neonatos prematuros suelen expresarse en intervalos ponderales, en busca de uniformidad. También pueden tabularse según la edad gestacional, aunque uno y otro sistema pueden presentar inconvenientes. En la interpretación de estas estadísticas es importante recordar el peso, y la edad gestacional, particularmente neonatos pequeños para la edad gestacional.(26).

Como se ha demostrado, son buenas las posibilidades de supervivencia desde 1000 grs. o 28 semanas (20). Antes de esa fecha o peso, la supervivencia cambia rápidamente con arreglo al tiempo y al intervalo ponderal, pero aún es satisfactoria hasta llegar a productos pequeños que se consideran "abortos" o previales. A pesar de todo no hay duda de que la práctica obstétrica ha cambiado y refleja la mayor supervivencia de fetos con menos de 28 semanas de gestación. Al parecer ha habido una gran mejoría de 20%, a más de 60% en la supervivencia, a las 26 semanas.

En nuestro país se ubica entre el 10 y 12% del total de nacimientos ocurridos, con una mortalidad global que oscila entre 25 y 50% dependiendo de los recursos para su atención y una morbilidad, expresada principalmente en la esfera neurológica, que varía entre estos mismos porcentajes, dependiendo de las pruebas utilizadas por los investigadores para valorar el daño (14).

Yáñez y cols. (23) menciona un estudio realizado en Cuernavaca México, una incidencia de parto pretérmino de 10.8% y una mortalidad del 28.9% entre los nacidos de estos partos.

IDENTIFICACION DE LA PACIENTE CON RIESGO.

Para la detección se requiere una valoración inicial que incluya una historia clínica completa y un buen examen físico es de gran importancia y deben dividirse en porciones pretéritas y actuales de tipo médico, obstétrico, ginecológico y social. La historia médica pasada y actual y sus relaciones con el embarazo presente.- Los trastornos ginecológicos y obstétricos pasados pueden tener un efecto negativo y por lo tanto ser predictivos de cierto riesgo (5,10,13,17,18,27).

El médico debe valorar el ambiente que rodea a la paciente y las tensiones que ello significan, el tipo de trabajo, el nivel de actividades físicas, el stress psicológico, factores que desempeñan un papel importante durante la evolución de la gestación (1,15).

Es importante realizar una valoración amplia del estado nutricional y del estado general de salud de la paciente puesto que cualquier signo físico de enfermedad puede comprometer la evolución de la gestación, lo cual hace preponderante su identificación. Cuando el médico valora los órganos generadores debe vigilar signos de anomalía anatómica o infecciones del cuello uterino (2,7,8,16,22)

Durante la primera visita es importante el interrogatorio para establecer cuál paciente reúne los antecedentes o trastornos actuales para ser considerada con riesgo.

Una vez identificada la paciente en peligro, debe vigilarse estrechamente por lo menos en semanas alternas después del primer trimestre, en cada caso hay que preguntar acerca de cambios en el exudado vaginal, presión pélvica y contracciones uterinas irregulares, dolor abdominal bajo intermitente (9).

En las visitas subsiguientes además de buscar los síntomas ya señalados, se debe señalar y enseñar a cada paciente a palpar su útero para descubrir contracciones indoloras y si éstas persisten por más de una hora, presentando gran amplitud con frecuencia irregular o que se presenten 3 o más en un intervalo de 20 min., dolorosas, se deben considerar patológicas y requieren monitoreo médico y tratamiento. (4).

Actualmente se han implantado métodos de vigilancia doméstica para la paciente ambulatoria con riesgo, estableciendo programas -

educativos para la detección de sintomatología, y mediante métodos de registro tocodinámometro, pero cabe esperar que estudios futuros muestren la efectividad de dichos métodos en la identificación temprana de trabajo de parto pretérmino. (4).

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico de parto pretérmino puede plantear una considerable incertidumbre. La presencia de contracciones uterinas no necesariamente indica un trabajo de parto. Por otra parte, esperar hasta que el trabajo de parto sea obvio es contraproducente, ya que el éxito de tratamiento está relacionado con el momento en el cual se comienza. En consecuencia, algunas pacientes pueden ser sobre diagnosticadas y por ende, sobretratadas. Dentro de ciertos límites este error es aceptable.

La prevención de una entidad patológica es tanto más necesaria cuanto mayor sea su repercusión en la salud de la comunidad. Tal es el caso del parto pretérmino que registra la mayor prevalencia entre los padecimientos que gravan la morbimortalidad perinatal.

Evitar el parto pretérmino obliga al diagnóstico rápido y al tratamiento inmediato de la forma espontánea, que a su vez necesita que médico sospeche decididamente su presencia. El diagnóstico en cuestión debe ser descartado con gran cuidado en toda mujer que acude al facultativo o al hospital con expulsión de sangre por vagina, secreción vaginal anómala o dorsalgia. Otro grupo de mujeres en quienes fácilmente no se hace el diagnóstico son las que acuden a visitas clínicas regulares y programadas, en vez de acudir a la sala de urgencias.

Si se advierten contracciones durante la exploración del vientre o se observan durante la vigilancia fetal por cualquier indicación, habrá que considerar el diagnóstico de parto pretérmino aunque no es raro que las embarazadas normales presenten una contracción inmediatamente después de asumir el decúbito desde la posición sedente.

De manera típica, la mujer acude al médico quejándose de contracciones uterinas que a menudo son indoloras y se les describe como simples espasmos. Pueden acompañarse de sensación de presión en la parte baja del vientre, arriba del pubis o en la vagina o de dorsalgia, y quizá sean los únicos signos y síntomas que no tienen contracciones uterinas reconocidas. Es necesario revisar con enorme cuidado a toda persona con las manifestaciones mencionadas o algún conjunto de síntomas, tal como se han descrito antes.

En particular, surge la necesidad de evaluación rápida sin dilatación alguna cuando hay incremento repentino en la expulsión de moco o manchas de sangre por vagina, porque estos signos pueden traducir cambios en el cuello uterino. La evaluación debe abarcar -anamnesis, tacto digital en el cuello, así como la vigilancia del latido fetal por medios electrónicos y de las contracciones uterinas (26).

Es necesario que se cumplan varios criterios para confirmar - el diagnóstico de parto pretérmino. En primer lugar, el registro - electrónico del patrón de contracciones uterinas debe indicar la presencia frecuente y regular de ellas. Las definiciones usuales - señalan que debe haber cuando menos cada cinco minutos contracciones regulares, pero no necesariamente deben ser dolorosas o incluso perceptibles por parte de la mujer (4,9).

El segundo criterio importante para el diagnóstico de parto pretérmino es la exploración cervical inicial en que se advierte - dilatación de dos centímetros o más ó borramiento del 80% o más - (11). Si el borramiento o la dilatación no alcanzan tales cifras - puede hacerse definitivamente el diagnóstico sólo después de un - lapso de observación seguido por una nueva exploración (26). Si en esta última (de preferencia hecha por el mismo explorador) se ad - vierte cambios progresivos en el cuello, se hará el diagnóstico. - Por lo común, el segundo examen se hace 30 minutos a dos horas des - pués del primero, según los datos del examen inicial, el patrón de contracciones y el grado de molestias de la mujer. Si en las dos primeras horas de observación no se advierten cambios del cuello , pero aparacen en unlapso mayor de observación, ello cumplirá con los criterios para el diagnóstico de parto pretérmino. Si en las 2 semanas anteriores, la mujer fué sometida a exploración cervical y el primer estudio indicó cambios notables jnto con contracciones - regulares, entonces se corrobora el diagnóstico (2).

Una excepción importante para que se documenten los cambios - en la exploración cervical sería el caso de la mujer con membranas rotas. Los tactos digitales están relativamente contraindicados en ella por el riesgo de infección intraamniótica (3,23); por tal cau - sa, la estimación del estado del cuello debe hacerse por inspec - - - ción directa en el momento del estudio con espéculo estéril. En estos casos toda sospecha de actividad uterina debe tratarse como parto pretérmino.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:

La definición usual de ruptura prematura de membranas señala que es prematura la ruptura que ocurre antes de iniciado el trabajo de parto. Esto incluye a las que ocurren a término sin ninguna repercusión importante sobre el riesgo materno o fetal y también las que ocurren cuando la madurez del producto no se ha alcanzado y el accidente representa un riesgo grave para él, y a veces para la madre. Esta laxitud de la definición obliga a considerar el evento en tres edades gestacionales según el riesgo y las posibilidades terapéuticas.

La frecuencia con que ocurre la ruptura prematura de membranas varía según el grupo de población estudiado. Se cita repetidamente la cifra de 10% como la frecuencia en el total de embarazos y cifras mayores cuando se consideran sólo partos pretérmino (23). Entre el 30 y 40% de los casos de prematuridad con la morbilidad que ella implica, se deben a la ruptura prematura de membranas. Se está de acuerdo en que la frecuencia es mayor en grupos de menor capacidad socioeconómica y por tanto se ha relacionado con factores nutricionales, mayor edad de la madre, multiparidad, actividad física e infecciones, que son parte y componentes de la pobreza (1, 15, 19, 22).

Al valorar a la mujer en trabajo de parto pretérmino en quien se han roto las membranas, el procedimiento es semejante al señalado para aquellas con membranas intactas. La diferencia principal gira alrededor de los riesgos mayores de infección de madre y feto, el efecto de la disminución de líquido amniótico y la menor posibilidad de retrasar el nacimiento, con resultados satisfactorios.

Dentro de los problemas más vigentes en la obstetricia actual el manejo de pacientes con ruptura prematura de membranas antes del término del embarazo, sigue siendo de los más importantes por la elevada morbilidad perinatal (2). El manejo conservador conlleva al riesgo de infección materno fetal, pero por otra parte el manejo intervencionista trae consigo elevada incidencia de Síndrome de Sufrimiento Respiratorio (distress) secundario a Enfermedad de Membrana Hialina cuando previamente no se conoce el estado pulmonar fetal.

La mayor complicación materna es el desarrollo de corioamnionitis, que puede progresar a sepsis generalizada. Varios autores (6, 15, 23) han demostrado un aumento importante de infección posterior a 24 hrs. de ruptura prematura de membranas, con porcentajes que varían de 10 a 30%, siendo probable que la edad gestacional y la madurez del producto jueguen un papel importante en dicha incidencia. Asimismo, el índice de infección fetal-neonatal aumenta importantemente cuando coexiste infección materna.

Por otro lado, el riesgo postnatal inmediato es el desarrollo de la enfermedad ya mencionada, distress respiratorio. Por consiguiente, el problema principal radica en el conocimiento del momento de interrupción del embarazo en relación al riesgo de infección en productos con pocas probabilidades de Sufrimiento Respiratorio, evitando así un manejo "conservador" que solo aumentará la morbi-mortalidad materno fetal por causa infecciosa.(3).

El niño nacido antes de término presenta intensa hipoxia y acidosis que se producen como consecuencia del inadecuado intercambio alveolocapilar de oxígeno y dióxido de carbono, en ocasiones con resultado fatal. Por otro lado, algunos niños que sobreviven a una grave dificultad respiratoria pueden padecer afectación funcional o física a lo largo de su vida. Puesto que uno de los principales factores en el desarrollo de un Síndrome de Dificultad Respiratoria es la inadecuada producción de tensoactivo o surfactante pulmonar, continúa despertando gran interés todo lo relativo a los fenómenos asociados a su producción.

Se ha señalado que probablemente la producción de tensoactivo se acelera en embarazos pretérmino por las siguientes situaciones:

- 1.- MATERNALES: enfermedad renal o cardiovascular, hipertensión de larga duración inducida por el embarazo, hipertiroidismo
- 2.- PLACENTA Y MEMBRANAS: infección placentaria, hemorragia retroplacentaria focal crónica, corioamnionitis o RPM.
- 3.- FETALES: miembro anémico de gemelos parabióticos o el miembro más pequeño de una pareja de gemelos no parabióticos.

De entre las situaciones mencionadas, la RPM presenta una gran importancia excepcional, no solo debida a su frecuencia sino también a la posibilidad de que un retraso en el parto pueda ir seguido de una rápida maduración pulmonar, espontánea o inducida farmacológicamente, lo que compensaría con creces el riesgo de infec-

ción debida al retraso del parto.

Las mujeres en trabajo de parto pretérmino están predispues -
tas al nacimiento de un prematuro, razón por la cual es beneficioso
preparar al feto para la vida extrauterina. La forma única defini-
da de realizar lo anterior, es administrar durante un lapso breve
dosis altas de esteroides a la mujer, maniobra que según se ha se-
ñalado, disminuye la incidencia del Síndrome de Membrana Hialina -
del neonato, cuando éste tiene menos de 34 semanas, y si transcu -
rren como mínimo 24 hrs. antes del nacimiento (25). La dosis común
es de 12 mg de betametasona IM c/24 hrs., en total 2 dosis. El -
efecto beneficioso persiste sólo durante 7 días, y por tal motivo,
hay que repetir la administración para esa fecha si la mujer está
todavía en gran peligro de que nazca el niño. El efecto beneficioso
se ha precisado adecuadamente cuando las membranas están intactas,
pero es más controvertida la utilización de los corticosteroides -
una vez que se han roto las membranas.

Resulta difícil decidir sobre el uso o no de glucocorticoides
para disminuir el riesgo de distress respiratorio grave en los ni-
ños nacidos antes de término. Existen pruebas indicativas de cierta
reducción en la frecuencia del citado trastorno pulmonar, pero
no acerca de su total erradicación. Al mismo tiempo existen riesgos
mediatos e inmediatos asociados al empleo de agentes tan potentes
como la betametasona. En lo referente a la madre, las alteraciones
metabólicas características de la diabetes se intensifican, puede
empeorar la hipertensión inducida por el embarazo (HIE), así como
aumentar el riesgo de infecciones y ser afectada la cicatrización
de heridas, especialmente en el caso de parto transabdominal. Por
otro lado, la combinación de glucocorticoides para acelerar la ma-
duración pulmonar y de un agente tocolítico para intentar retrasar
el parto puede inducir edema pulmonar.

PREVENCIÓN DEL PARTO PRETERMINO:

De la revisión de la literatura (1,2,5,6,7,8,13,18,23), se puede concluir que si bien prevalecen algunas interrogantes respecto a la fisiopatología del desencadenamiento del parto pretérmino y de la presentación de la ruptura prematura de membranas (RPM), así como de la especificidad de los organismos patógenos en su acción sobre estos eventos, hay sin embargo, suficiente evidencia de una fuerte asociación causal entre la infección antepartum y el parto pretérmino, entre la infección y la RPM, así como entre la infección y la morbimortalidad perinatal. Combinando estas relaciones se podría llegar a un esquema de la historia natural del parto pretérmino, como se presenta en el siguiente esquema.

Actualmente se pretende que la aplicación de medidas preventivas se extienda verdaderamente a la fase prepatogénica del padecimiento, antes de que rompa el equilibrio de salud, incidiendo en los factores que predisponen o determinan el aumento anormal de la contractilidad uterina antes del término (4). Así pues, el parto pretérmino podría ser evitado con medidas diferentes según el momento y los recursos disponibles en momentos específicos de su historia natural, tendientes a evitar:

- ° la instalación de contracciones anormales (prevención primaria)
- ° del parto (prevención secundaria)
- ° de las secuelas del nacimiento (prevención terciaria).

La prevención primaria requiere diferenciar no sólo a las gestantes sino a toda mujer que planea un embarazo, en aquellas consideradas con alto riesgo de tener un parto pretérmino en base a sus antecedentes o características bio-psico-sociales (19). Ya que no conocemos íntimamente sus causas desencadenantes, la acción debe enfocarse a la identificación de factores predisponentes para intentar su correlación desde antes que se presente el embarazo, evitándolo si no se logra su corrección o buscando su tratamiento lo más tempranamente posible durante la gestación.

Un buen número de estas situaciones son tributarias a un manejo médico oportuno fuera o dentro de la gestación, disminuyendo con esto sus efectos nocivos.

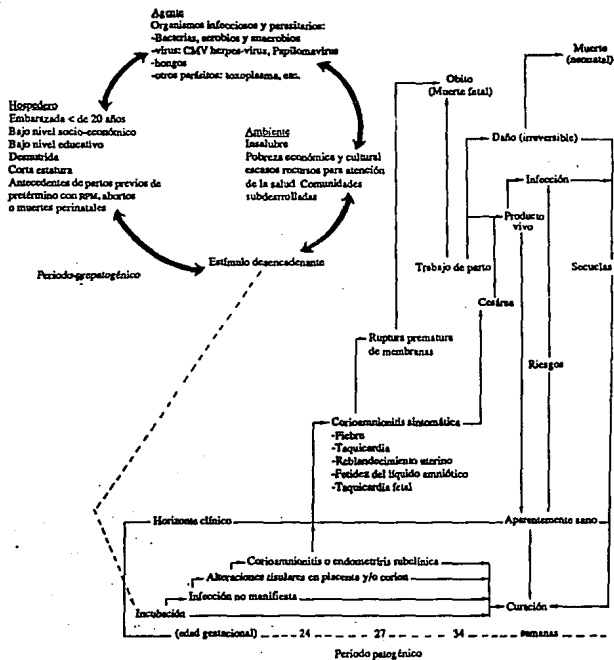


FIGURA 1. Historia natural del parto pretérmino debido a infección materna.

MANEJO:

SELECCION DE PACIENTES:

La decisión de detener o no un parto pretérmino depende de las circunstancias de cada caso. Debe conocerse la tasa de sobrevivencia de los prematuros para cada edad gestacional. Deben conocerse las complicaciones maternas que empeoran con una complicación del embarazo. Los riesgos de un medio intrauterino o estado fetoplacentario en deterioro deben sopesarse versus los problemas previstos de la prematuridad. Luego de excluir a aquellas pacientes en quienes un intento de detener el parto está contraindicado o sería inútil, sólo aproximadamente el 30% de las candidatas son pasibles de tratamiento. Se resumen las contraindicaciones absolutas y relativas para detener el parto con medicación:

ABSOLUTAS

- ^ Trabajo de parto avanzado
- ^ Preeclampsia
- ^ Enfermedad cardiovascular renal severa
- ^ Hipertensión no controlada
- ^ Diabetes no controlada
- ^ Abruption placentae
- ^ Infección intrauterina
- ^ Distress fetal
- ^ Anomalías fetales
- ^ Retardo del crecimiento fetal
- ^ Isoinmunización
- ^ Muerte fetal

RELATIVAS

- ^ Enfermedad cardiovascular renal controlada
- ^ Hipertensión controlada
- ^ Diabetes controlada
- ^ Rotura prematura de membranas (sin infección)
- ^ Gestación múltiple
- ^ Placenta previa antes de las 35 semanas, ausencia de hemorragia severa
- ^ Anomalías uterinas
- ^ Leiomiomas

En las contraindicaciones relativas, es aceptable un intento de detener el parto si el riesgo de prematuridad es alto y siempre y cuando se haga un monitoreo intensivo continuo materno y fetal hasta el parto.

Reposo absoluto e hidratación:

Dado que la reducción del flujo sanguíneo uterino no puede estar relacionado con el comienzo de las contracciones uterinas, las pacientes en trabajo de parto prematuro deben estar en reposo absoluto, preferentemente en decúbito lateral izquierdo y deben ser hidratadas (24,25). Una infusión IV rápida, al expandir la volemia, inhibe la liberación de ocitocina por un mecanismo que se origina en la aurícula izquierda distendida. En gran número de pacientes, este es el único tratamiento necesario, cuando el diagnóstico está en duda.

Agentes tocolíticos miométriales:

Se usan agentes tocolíticos miométriales cuando la atención de sostén fracasa o cuando el diagnóstico es inequívoco. La elección de una droga en particular es algo empírica y depende ampliamente de la experiencia y disponibilidad. Las drogas actualmente en uso pueden dividirse en cuatro grupos mayores:

- 1.- Progestinas
- 2.- Antiocitocinas
- 3.- Beta simpatomiméticos
- 4.- Inhibidores de las prostaglandinas

El grado de efectividad de los agentes tocolíticos miométriales para detener un parto prematuro es un tema controvertido. Acta incertidumbre contribuyen la dificultad para el diagnóstico, -- falta de controles, esquemas variables de dosis y duración de tratamiento y falta de comprensión de los factores responsables del comienzo del trabajo de parto.

PROGESTINAS:

Históricamente (25), Al descubrirse que la administración parenteral de progesterona en conejos prolongaba la gestación, comenzaron a utilizar la mencionada hormona y los agentes progestacionales sintéticos para intentar inhibir el parto pretérmino.

Se ha encontrado que estos agentes son inefectivos cuando se administran por vía oral, IM, IV o intraamniótica. El sulfato de pregnenolona intravenoso tiene un efecto rápido pero transitorio de detención de las contracciones uterinas, puede tener un efecto sinérgico cuando se combina con una infusión de etanol y dextrosa. La inyección intramiometral directa de acetato de medroxiprogesterona puede suprimir la contractilidad del miometrio, pero esta vía de administración no es factible en la práctica.

En contraste con su inefectividad para detener las contracciones uterinas, los progest-agenos pueden prevenir o demorar el comienzo de un trabajo de parto prematuro en pacientes predispuestas.

Actualmente, no hay evidencias firmes de una influencia teratogénica de la progesterona o caproato de hidroxiprogesterona en la gestación avanzada. Dado que estas drogas se administran luego del primer trimestre, en un intento por prevenir un parto prematuro es poco probable que haya anomalías del desarrollo estructural pero no pueden excluirse otros efectos. En todo caso, la prematuridad es un riesgo claro y definible por sí mismo, y como con todos los otros regímenes terapéuticos, es necesario evaluar la relación riesgos - beneficios.

Antiocitocinas:

A pesar de la controversia en relación al papel de la ocitocina endógena en la iniciación o mantenimiento del trabajo de parto, su influencia sobre las contracciones uterinas está bien reconocida. Es razonable asumir, por ende, que los agentes que prevengan la liberación de ocitocina o bloqueen su acción sobre el miometrio pueden tener un papel en la detención de un parto prematuro.

ETANOL:

El etanol inhibe la liberación de ocitocina y hormona antidiurética en humanos. Reduce las contracciones uterinas provocadas por la ocitocina endógena en mujeres durante la lactancia así como la frecuencia de la liberación en pulsos de la hormona durante el parto (14). El etanol no contrarresta los efectos de la ocitocina endógena. Estas observaciones sugieren que, con las dosis recomendadas, el alcohol no ejerce un efecto directo sobre la contractilidad del miometrio, aunque puede hacerlo con concentraciones mayores.-- Otro mecanismo posible de la acción del etanol incluye la mejoría del flujo sanguíneo uterino, estimulación de la liberación de epinefrina e inhibición de la formación de prostaglandinas. El régimen

más comunmente utilizado consiste en una solución al 9.5% administrada por vía IV. Se administra una dosis de ataque de 7.5 ml/kg/hora durante 2 horas, seguida de una dosis de mantenimiento de -- 1.5 ml/kg/hora durante 10 a 12 hrs. Si las contracciones uterinas recurren en 10 hrs., se administra una nueva dosis de ataque.

EFFECTOS COLATERALES DEL ALCOHOL:

Con los niveles terapéuticos de etanol necesarios para lograr la supresión del trabajo de parto, los efectos colaterales maternos son inevitables. Los más comunes son aquellos que afectan el SNC causando náuseas, vómito, desasociado, cambios del estado de ánimo y, posiblemente, depresión respiratorio (25).

Puede haber hiperglucemia y acidosis láctica. La lactacidemia habitualmente es leve, pero puede ser severa, especialmente cuando se administra cierto número de cursos de tratamiento. Las pacientes diabéticas que reciben alcohol deben ser monitoreadas muy de cerca. Por otra parte, puede producirse hipoglucemia en pacientes en ayunas y la acción diurética del etanol puede llevar a deshidratación.

El etanol atraviesa libremente la placenta (25). El neonato metaboliza el alcohol con una tasa mucho más lenta que su madre, debido a la inadecuada actividad de la alcoholdehidrogenasa en su hígado.

Aminas simpatomiméticas;

Se sabe que la acción de estas aminas sobre el músculo liso está mediada por receptores alfa o beta, causando estimulación y relajación respectivamente. Se ha sugerido que los estrógenos aumentan la sensibilidad de los receptores alfa, pero la progesterona estimula una mayor actividad de los receptores beta. Así, parece razonable asumir que un parto prematuro podría ser inhibido por bloqueo alfaadrenérgico o estimulación betadrenérgica.

La actividad de los receptores beta puede separarse en beta 2 (dominante en el útero, bronquios y diafragma) y beta 1 (dominante en el corazón, tejido adiposo e intestino delgado) (14). Los efectos primarios de la estimulación beta 2 son relajación uterina, vasodilatación y glucoenólisis, mientras que los de la beta 1 son aceleración cardíaca y lipólisis.

ISOXSUPRINA:

Fue uno de los primeros que se investigaron en cuanto a su

actividad tocolítica. No parece ser demasiado afectivo, al menos en dosis que no produzcan efectos colaterales potencialmente peligrosos, en especial taquicardia e hipertensión (25).

Como otros agentes betaadrenérgicos, la isoxsuprina puede administrarse por vía IV, IM u oral. Se aconseja el siguiente régimen para el tratamiento de un parto prematuro inminente. La droga (100 mg/500 ml de líquido) se administra inicialmente como una infusión IV con una tasa de 0.25 a 0.5 mg/minuto. Si no se produce la respuesta deseada en un lapso de 10 a 15 minutos, se aumenta gradualmente la dosis hasta una tasa máxima de 1 mg/min., siempre y cuando no se produzcan efectos indeseables. Luego se mantiene una infusión durante no menos de 60 a 90 minutos y algunas veces hasta 12 a 24 hrs después del cese de las contracciones. Con tiempos de infusión más prolongados, debe disminuirse la dosis (la dosis diaria máxima es de 80 mg). Una vez que se suspende la infusión, se prescriben 5 a 20 mg por vía IM cada 3 a 6 hrs. durante uno o dos días, luego de lo cual se administra la misma dosis VO. Si las contracciones reaparecen mientras la paciente está con tratamiento IM u oral, se reinstituye la infusión de isoxsuprina.

Una hipotensión es el efecto colateral más comunmente hallado y puede ocurrir en ausencia de hipotensión (11), en ocasiones puede haber taquicardia la cual, en general, es bien tolerada.

Los efectos de la isoxsuprina sobre el feto incluyen taquicardia y algunos cambios metabólicos. Estos son transitorios y no se consideran suficientemente significativos como para justificar la suspensión del tratamiento.

CLORHIDRATO DE RITODRINA

El clorhidrato de ritodrina es un estimulante más específico de los receptores beta 2 y, por ende, su efecto sobre el sistema cardiovascular es menos profundo que el de la isoxsuprina. Sin embargo, produce efectos colaterales que incluyen taquicardia materna y fetal, un leve aumento de la presión sistólica materna y una caída de presión diastólica materna y un aumento de la glucemia materna y fetal. En muchos casos, estos efectos tienen poco significado, pero crean limitaciones para el uso de la droga en pacientes cardíacas, diabéticas e hipertensas. Como la isoxsuprina, la ritodrina es menos efectiva en pacientes con rotura prematura de membranas.

En base a la experiencia acumulada, se sugiere el siguiente esquema. Se infunde ritodrina con una tasa de 0.05 mg/min. y se aumenta gradualmente cada 10 a 15 minutos con incrementos de 0.025 mg/min. hasta llegar a una dosis máxima de 0.3 mg/min. Luego, si el trabajo de parto no se ha detenido, se suspende la infusión. Una vez que se ha detenido el trabajo de parto, se mantiene la infusión durante 12 hrs., luego de lo cual se comienza con tratamiento oral con 5 a 10 mg c/4 a 6 hrs. y se mantiene hasta la semana 37 a 38 de gestación.

Los efectos adversos del tratamiento con ritodrina incluyen taquicardia materna y fetal y aumento de la glucosa e insulina en sangre materna sin cambio del glucagón, colesterol, LPH o GCH en plasma. La mayor concentración de glucosa materna puede contribuir en el mayor peso fetal al nacer.

TERBUTALINA:

La terbutalina es un estimulador selectivo de los receptores beta 2 que inhibe las contracciones del miometrio in vitro e in vivo. Es capaz de disminuir la actividad uterina en un trabajo de parto en término espontáneo o inducido con ocitocina. En estudios controlados y no controlados, se halló que la terbutalina es efectiva para detener un trabajo de parto antes de término. (12).

Se sugiere emplear una infusión con 10ug/min, aumentando dicha infusión cada 10 min hasta una dosis de 25 ug/min., mantener durante una hora esta dosis y posteriormente descenderla hasta la menor dosis efectiva. La infusión se suspende después de 8 hrs si la actividad uterina ha cesado. El tratamiento de mantenimiento consiste en 250 ug de terbutalina subcutánea 4 veces al día durante 3 días, seguida de 5 mg 3 veces al día por vía oral hasta la semana 36 de gestación.

Entre los efectos secundarios se observa una disminución de la presión sistólica mayor de 20 mmHg, taquicardia fetal llegando y excediendo los 150 latidos por minuto. Otros efectos colaterales incluyen temblores, palpitaciones y mareos, todos estos, leves y bien tolerados.

De la experiencia hasta la fecha, la terbutalina bien puede demostrar ser uno de los agentes más deseables y disponible actualmente para el tratamiento de parto prematuro. (11).

ORCIPRENALINA:

Usada principalmente en Europa y América del Sur, la orciprenalina posee un efecto positivo de inhibición de las contracciones uterinas. Los efectos cardiovasculares pueden ser suficientemente significativos para justificar la suspensión del tratamiento en casi un tercio de las pacientes. La dosis óptima para inhibir el trabajo de parto sin mayores efectos colaterales es de 10 a 20 ug/minuto (11).

SALBUTAMOL:

El salbutamol es efectivo para inhibir el trabajo de parto con menos efectos colaterales que los encontrados con isoxsuprina. Se absorbe rápidamente por vía oral, lo cual puede obviar el uso IV y posiblemente reducir los efectos colaterales indeseables.

La dosis inicial es de 5 ug/minuto, seguida de incrementos de 5 ug/minuto cada 10 minutos hasta que cesen las contracciones, se presentan efectos colaterales severos con dosis de 50 ug/minuto. La infusión con dosis bajas inhibe las contracciones en 12 horas y en pacientes con membranas rotas, durante 24 hrs.

Entre los efectos colaterales se encuentra la taquicardia. Como la ritodrina e isoxsuprina, el salbutamol oral y parenteral puede disminuir el nivel de potasio sérico y aumentar la glucemia.

INHIBIDORES DE LAS PROSTAGLANDINAS:

El uso de inhibidores de las prostaglandinas para detener un parto prematuro se basa en el aparente papel de las prostaglandinas en el parto. La aspirina y otros antiinflamatorios no esteroides, como la indometacina, naproxén y fenoprofén, inhiben la síntesis y liberación de prostaglandinas. Estas drogas inhiben la contractilidad del miometrio y retardan el comienzo del trabajo de parto espontáneo en animales y humanos.

Los efectos colaterales gastrointestinales son comunes con indometacina. La administración crónica de la droga puede producir cefaleas severas, mareos, confusión mental, depresión e incluso psicosis. Otros efectos colaterales de los inhibidores de las prostaglandinas incluyen hemorragia, trombocitopenia, úlcera péptica y reacciones alérgicas. La ingesta prolongada de aspirina durante el embarazo puede aumentar la probabilidad de hemorragia intraparto y postparto.

Los efectos teratogénicos de los inhibidores de las prostaglandinas no se comprenden totalmente. Hasta la fecha, no se ha descrito ninguna asociación entre la indometacina y anomalías fetales humanas, aunque la droga produce necrosis en el cerebro de ratas.

SULFATO DE MAGNESIO: (21)

El sulfato de magnesio (SO₄Mg) disminuye la contractilidad del miometrio, espontánea o inducida con ocitocina, in vitro e in vivo, con niveles séricos maternos de 4 a 8 mEq/litro. La inhibición depende de la dosis.

Aramayo y cols. realizaron un estudio (12) con sulfato de Mg y terbutalina en 30 pacientes, las cuales fueron distribuidas al azar en dos grupos: 15 pacientes en el grupo tratadas con sulfato de Mg y 15 pacientes en el grupo tratadas con terbutalina. Las pacientes tratadas con terbutalina recibieron tratamiento de ataque de 1.25 mg en 500 cc de solución glucosada al 5%, iniciando el goteo a 10 gotas/minuto a dosis respuesta. El tratamiento de mantenimiento consistió en una tableta de 5 mg VO c/8 hrs. de inicio, a dosis respuesta, 3 horas después de la ausencia de contracciones uterinas con terapia parenteral.

Las pacientes tratadas con sulfato de magnesio, recibieron tratamiento de ataque de 4 g IV diluidos en 250 cc de solución glucosada al 5% para 15 minutos y tratamiento de mantenimiento de 2 g diluidos en 250 cc de solución glucosada al 5% para una hora a dosis respuesta; hasta conseguir inhibir las contracciones uterinas. Las recurrencias se trataron con el mismo agente para cada caso -- iniciando el tratamiento como al principio.

Los resultados obtenidos en el estudio, deja establecido que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la acción tocolítica del sulfato de magnesio respecto de la terbutalina; si tomamos en cuenta las variables de comparación utilizadas. Se observó por ejemplo, una mayor tendencia de respuesta tocolítica para la terbutalina en el caso de índices tocolíticos intermedios, y menor fracaso tocolítico para índices altos (más de 5 a 6).

Según la opinión de algunos autores, el lugar del sulfato de magnesio estaría en la uteroinhibición de pacientes sin modificaciones cervicales.

El sulfato de magnesio llega fácilmente al feto y puede causar depresión neonatal. La incidencia de depresión neonatal parece estar relacionada con la duración del tratamiento. Con un cuidadoso control de la madre, los efectos colaterales maternos o fetales - significativos son improbables. El sulfato de magnesio debe usarse con cuidado en pacientes con alteración renal. Deben evitarse drogas depresoras respiratorias. El pronóstico para el neonato es bueno.

DIAZOXIDO:

El diazóxido, una tiazida antihipertensiva no diurética, posee propiedades de relajación del músculo liso. Inhibe la actividad - del miometrio humano, espontánea o aumentada por ocitocina, in vitro o in vivo. Actualmente en desuso.

METODO DEL PARTO:

En años recientes, se ha presentado una gran atención al método óptimo de parto de un niño prematuro . Con los avances de la atención neonatal, la tasa de sobrevida de los niños prematuros ha aumentado sustancialmente. Todos los partos prematuros deben ser atendidos en centros para alto riesgo con personal y equipo apropiado (14).

Hay cada vez más evidencias de que la morbilidad y mortalidad perinatal de fetos prematuros con presentación de nalgas disminuyen si se efectúa una cesárea. De acuerdo a un informe, aproximadamente el 30% de los fetos con un peso de 1500 grs. están en presentación de nalgas.

El método óptimo de parto de un feto prematuro en presentación de vértice todavía es tema de controversia (20). Actualmente no hay evidencias claras de que la cesárea de rutina mejore el pronóstico para estos niños. En ausencia de evidencia en contrario y en vista de los mayores riesgos maternos asociados con una cesárea, el enfoque actual es permitir el parto vaginal de estos fetos. Debe hacerse notar que un feto prematuro es particularmente vulnerable a hipoxia intraparto y traumatismo del parto (20,25). En consecuencia, debe hacerse un meticuloso monitoreo intraparto y reconocerse rápidamente los problemas en caso de un parto disfuncional. Es necesaria una episiotomía grande para minimizar la compresión de la cabeza fetal a medida que atravieza el introito. Luego del parto, el neonato se mantiene a nivel del introito durante 20 a 30 segundos antes de pinzar y cortar el cordón. Sin embargo, si se requieren maniobras de resucitación, el cordón se pinza y corta de inmediato y el niño se entrega al personal preparado para su resucitación. Debe haber un pediatra en todo parto prematuro.(14,25).

O B J E T I V O S

- 1.- Conocer la frecuencia del parto pretérmino en el Hospital General Regional No.36 " San Alejandro ". Puebla.
- 2.- Identificar el tipo de población más susceptible de presentar parto pretérmino, de acuerdo a los diferentes factores de riesgo.
- 3.- Correlacionar los diferentes factores de riesgo de parto pretérmino con las variables clínicas, con la finalidad de identificar cual se asocia con mayor frecuencia a nuestras pacientes.
- 4.- Proponer un esquema de tratamiento para tratar el parto pretérmino.

MATERIAL Y METODOS:

Durante el período de Enero a Diciembre de 1992, se registraron 13 630 partos en el Hospital General Regional No. 36 " San Alejandro ", Puebla, Pue. 3373 eutócicos, 576 cesáreas y 235 amenazas de parto pretérmino o parto pretérmino; el resto (9446) fueron partos y cesáreas con patología, forceps, etc.

Tomando como 100% el total de partos registrados, observamos una incidencia de 1.72% de amenaza de parto o parto pretérmino, como se demuestra en la gráfica.

Para este trabajo se seleccionaron los 235 expedientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino y, de ellos, una muestra al azar de 56 expedientes.

Los parámetros para considerarse parto pretérmino fueron que tuviera una edad gestacional entre 21 a 37 semanas.

Las variables que se tomaron fueron:

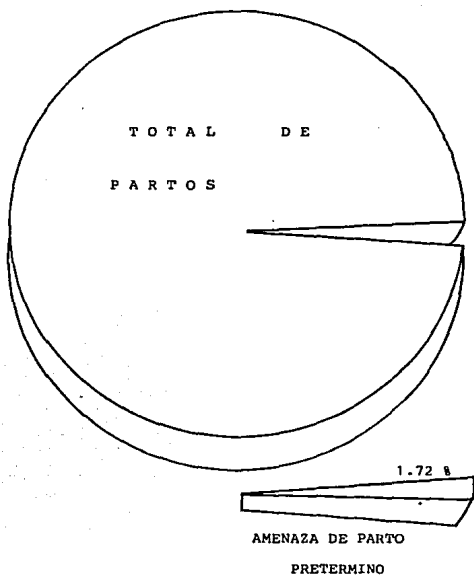
- @ Edad de la paciente
- @ Nivel socioeconómico
- @ Grado de escolaridad
- @ Toxicomanías
- @ Edad gestacional en semanas
- @ Número de gestaciones
- @ Antecedente de parto pretérmino
- @ Patología asociada al embarazo actual

Las etapas para la Obtención de la información fué de la siguiente manera:

- Recolección de datos
- Revisión y corrección
- Computo, vaciamiento y corrección de datos
- Clasificación y elaboración de cuadros y gráficas
- Resultados
- Análisis
- Conclusiones
- Resumen

GRAFICA No. 1

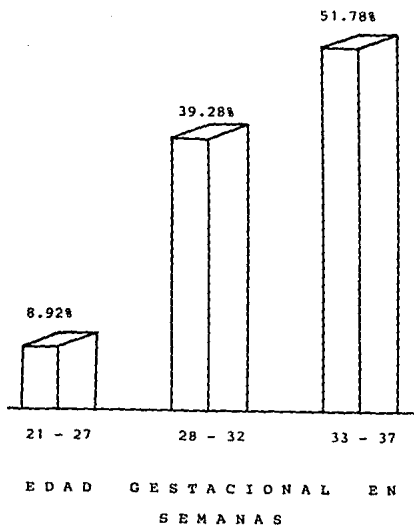
INCIDENCIA DEL PARTO PRETERMINO



Fuente: Archivo clínico

GRAFICA No. 2

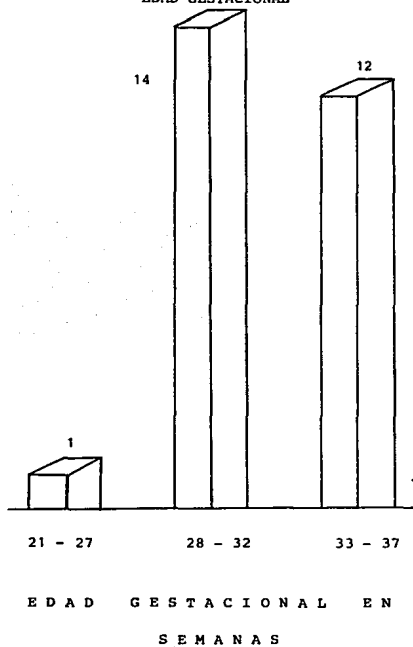
INCIDENCIA DEL PARTO PRETERMINO DE
ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL



Fuente: Archivo clínico

GRAFICA No. 3

NUMERO DE CASOS DE I.V.U. DE ACUERDO A LA
EDAD GESTACIONAL



Fuente: Archivo clínico

CUADRO No. 1

INCIDENCIA DELPARTO PRETERMINO POR GRUPOS DE EDAD

EDAD EN AÑOS	No.DE CASOS	%
10 - 15	0	0
16 - 20	14	25
21 - 25	15	26
26 - 30	18	32
31 - 35	7	12.5
36 - 40	2	3.5
41 - 45	0	0
TOTAL	56	100

Fuente: Archivo clínico

Tomando como el 100% los 56 expedientes tomados al azar, este cuadro muestra la incidencia de parto pretérmino por grupos de edad, correspondiendo la más elevada a la comprendida entre los 26 a 30 años de edad con el 32%.

CUADRO No. 2

INCIDENCIA DE PARTO PRETERMINO RELACIONADO A LA PARIDAD

No.DE GESTAS	No.de casos	%
I	13	23.21
II	20	35.71
III	9	16.07
IV	7	12.5
V	5	8.92
VI ó +	2	3.57
TOTAL	56	100

Fuente: Archivo clínico.

Este cuadro nos demuestra que la mayor incidencia se encuentra en las multiparas, principalmente las G:II con un 35.71%, seguido de las G:III con un 16.07%.

CUADRO No. 3

PATOLOGIA ASOCIADA A PARTO PRETERMINO

PATOLOGIA	No.DE CASOS	%
Inf.Vías Urinarias	27	48.21
Idiopática	15	26.78
E.H.I.E.*	5	8.92
P.I.C. °	2	3.57
Leucorrea	2	3.57
I.I.C. ‡	1	1.78
I.B.P. &	1	1.78
Placenta previa	1	1.78
Polihidramnios	1	1.78
R.P.M. £	1	1.78
TOTAL	56	100

Fuente: Archivo clínico.

* Enfermedad Hiperetensiva Inducida por el Embarazo

° Período Intergenésico Corto

‡ Insuficiencia Istmo Cervical

& Inserción Baja de Placenta

£ Ruptura Prematura de Membranas

CUADRO No. 4

ANTECEDENTES ASOCIADOS A PARTO PRETERMINO

ANTECEDENTES	No.CASOS	%
Medio socioeconómico bajo	56	100
Inf.Vías Urinarias	27	48
Escolarid. Primaria	11 *	19
Secundaria	7 *	12
Parto pretermino previo	3	5
Emb.Gemelar Previo	1	2
Emb.Gemelar Actual	1	2
Tabaquismo	1	2
Rup.Prem.de Membranas	1	2

Fuente: Archivo clínico.

* Datos incompletos.

En este cuadro se establece la relación e importancia de los antecedentes que preceden a la gestación, encontrando que el medio socioeconómico bajo es predominante (100%). Así mismo, el porcentaje de infección de vías urinarias también es alto (48%).

CUADRO No. 5

VIA DE NACIMIENTO

Todos los productos nacieron por vía vaginal (100%).

SEXO	No.CASOS	%
MASCULINO	5	45.45
FEMENINO	6	54.55
TOTAL	11	100

PESO	No.CASOS	%
MENOS DE 1500 gr	5	45.45
1600 a 2000 gr	1	9.09
MENOS DE 2500 gr	0	0
MAS DE 2500 gr	5	45.45
TOTAL	11	100

Fuente: Archivo clínico.

De la muestra tomada al azar, se detectaron 10 APP (amenaza - de parto pretérmino) que culminaron en parto, uno de ellos gemelar.

En los cuadros se enmarca la correlación entre la vía de nacimiento, el peso y, el sexo del producto.

Se reportan productos con peso mayor a 2500 gr probablemente, debido a un mal cálculo de la edad gestacional.

ANALISIS DE RESULTADOS

- A.- La incidencia de parto pretérmino en el Hospital General Regio-
nal No. 36 Puebla, Pue., corresponde al 1.72%, aparentemente -
bajo, sin embargo, traspolado a la muestra tomada al azar co-
rresponde a un 24.2%, contrastando con lo reportado en la lite-
ratura mundial.
- B.- En la literatura mundial se refiere que la mayor incidencia de
parto pretérmino es en pacientes menores de 16 años y mayores
de 40 años; en nuestro estudio se encontró que la mayor inci-
dencia fué en el grupo de 26 a 30 años.
- C.- En relación a la paridad, se encontro la mayor incidencia en -
las G:II (35.71). La literatura mundial reporta una alta inci-
dencia en las primigestas.
- D.- Con respecto a la patología asociada al parto pretérmino, nue-
stro estudio reporto como primera causa la infección de vías -
urinarias con un total de 27 casos (48.21%) y, la causa de ti-
po idiopático como segundo lugar con un total de 15 casos (26.
78%). Esto concuerda con lo reportado en la literatura, la de-
más patología mencionada en el cuadro No.3, se encuentra repor-
tada en la literatura mundial.
- E.- En relación a los antecedentes asociados a la gestación, pred-
mino el medio socioeconómico bajo, esto debido al tipo de po-
blación que se maneja en dicha Unidad Hospitalaria, correspon-
diendo al 100% y, como se ha publicado en diferentes estudios
epidemiológicos, el antecedente de infección de vías urinarias
también juega un papel importante para desencadenar el parto -
prematuro. En el cuadro No. 4, se menciona otros antecedentes
involucrados en la misma patología, descritos a nivel mundial.
- F.- La vía de nacimiento se menciona el 100% vaginal, con predomi-
nio del sexo femenino (6 casos = 54.55%).
En cuanto al peso del producto se refiere, encontramos pred-
ominio de menos de 1500 gr con 5 casos correspondiendo al 45.
45%, seguido de un solo producto con peso entre 1600 a 2000 gr
Se encontraron 5 casos con productos con peso mayor a 2500 gr.
(45.45%) los cuales, según los parámetros de prematurez, ya no

encajarían. Esto probablemente debido a un error en el cálculo de la edad gestacional ya que no se les realizó USG.

- G.- De acuerdo a la edad gestacional, se encontro una incidencia mayor entre las semanas 33 a 37, con un total de 29 casos lo que corresponde a un 51.78%, seguida de las semanas 28 a 32 -- con un total de 22 casos (39.28%), correspondiendo a lo reportado a nivel mundial.
- H.- En lo referente a infecciones prepartum, se encontró que la infección de vías urinarias predominó en las semanas 28 a 32, correspondiendo a 14 casos de los 56, con lo cual se demuestra que este proceso es de suma importancia para desencadenar parto pretérmino.

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo de las pacientes que ingresaron al servicio de tococirugía del Hospital General Regional No. 36 Puebla, Pue. durante el período de tiempo comprendido de Enero a Diciembre de 1992; tomando una muestra al azar de 56 expedientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, encontrando los siguientes resultados:

- ° El parto pretérmino tiene una incidencia de 1.72%.
- ° La incidencia por grupos de edad correspondió entre los 26 a 30 años con un total de 18 casos y un 32%.
- ° El 100% correspondió a la población de medio socioeconómico bajo.
- ° Los antecedentes asociados con mayor frecuencia a parto pretérmino fueron:
 - Medio socioeconómico bajo
 - Infección de vías urinarias
 - Escolaridad baja
- ° La causa idiopática tuvo una incidencia del 26.78% correspondiendo a 15 casos.
- ° La incidencia en relación a la edad gestacional predominó entre las semanas 33 a 37 con un total de 29 casos correspondiendo al 51.78%.
- ° La incidencia en relación a la paridad correspondió a las pacientes secundigestas con un total de 20 casos (35.71%), seguido de las primigestas con 13 casos y un porcentaje del 23.21.
- ° La vía de obtención de los productos fué la vaginal en los diez únicos casos en que se presentó el parto. El sexo femenino predominó en ellos debido a un parto gemelar.

= B I B L I O G R A F I A =

- 1.- Abrams B, Newman V. Small-for-gestational-age birth: Maternal predictors and comparison with risk factors of spontaneous preterm delivery in the same cohort. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:785-90.
- 2.- Chambers S, et al. Vaginal infections, cervical ripening and preterm delivery, *European J of Obstetrics and Gynecol and Reprod Biol* 1990; 38: 103-8.
- 3.- Domínguez V J, et al: Ruptura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Momento de interrupción del embarazo. *Ginec -- Obst Mex* 1989; 57: 218-22.
- 4.- Dyson DC, et al: Prevention of preterm birth in high risk patients: The role of education and provider contact versus home uterine monitoring. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164: 756-62.
- 5.- Eidelman A I, et al: The grandmultipara: Is she still a risk? *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158: 389-92.
- 6.- Elst CW, et al: The role of Chorioamnionitis and prostaglandins in preterm labor. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 672-6.
- 7.- Eschenbach D A, et al: A randomized placebo controlled trial of erythromycin for the treatment of *Ureaplasma urealyticum* to prevent premature delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:734-42.
- 8.- Gleicher N R: Principles and practice of medical therapy in pregnancy. 1991
- 9.- Harger J H. et al: Low incidence of positive amniotic fluid cultures in preterm labor al 27-32 weeks in the absence of clinical evidence of choriamnionitis. *Obstet Gynecol* 1991;77: 228-34.
- 10.-Iams J D. Obstetric inertia: An obstacle to the prevention of prematurity. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 159: 796-9.
- 11.- Iffy L. *Obstetricia y Perinatología* 1986; II.
- 12.-Jiménez A, JF, Jiménez MF, López R C. Terapia tocolítica con sulfato de magnesio y terbutalina para la inhibición del trabajo de parto pretérmino. *Ginec Obst Mex*; 58: 265-9.
- 13.-Lekea K V, T zomaka B C, Golding J: Previous obstetric history and subsequent preterm delivery in Greece. *Eur J Obstet and Gynecol and Rep Biol* 1990; 37: 99-109.

- 14.-Karchmer K S. Temas selectos en reproducción humana. INPer. -
Prevención del parto pretérmino. 1989.
- 15.-Klebanoff M A, Shiono H P, Carey J Ch. The effect of physical
activity during pregnancy on preterm delivery and birth weight
Am J Obstet Gynecol 1990; 163: 1540-6.
- 16.-Klebanoff M A, et al. Anemia and spontaneous preterm birth. Am
J Obstet Gynecol 1991; 164: 59=63.
- 17.-Menticoglou S M, et al. Maximum possible impact of tocolytics
in preventing preterm birth: A retrospective assessment. Am J
Perinatol 1992; 9 (5/6): 394-7.
- 18.-Palo P, Erkkola R. Risk factors and deliveries associated with
preterm, severely small for gestational age fetuses. Am J Peri
natol 1993 (1), 10: 88-91.
- 19.-Savitz D A, Blackmore Ch A, Thorp J M. Epidemiologic characte-
ristics of preterm delivery: Etiologic heterogeneity. Am J Obs
tet Gynecol 1991; 164: 467-71.
- 20.-Segura R M A, Pérez C R, Ahued A R. Hemorragia periventricular
en neonatos pretérmino con peso inferior a 1000 gr y su posi -
ble relación con la vá de nacimiento. Ginec Obst Mex 1989; 57:
209-13.
- 21.-Smith L G, Burns P A, Schanler R J. Calcium hemeostasis in --
pregnant women receiving long-term magnesium sulfate therapy -
for preterm labor. Am J Obstet Gynecol 1992; 167: 45-51.
- 22.-Yan J S, Yin C S. No decline in preterm birth rate over three
decades. Int J Gynecol Obstet 1990; 34: 1-5.
- 23.-Yáñez V L, et al. Infección durante el embarazo como factor de
ruptura prematura de membranas y de parto pretérmino. Salud -
Pública Mex 1990; 32: 288-97.
- 24.-Younis J S, et al. Twin gestations and prophylactic hospitali-
zation. Int J Gynecol Obstet 1990; 32: 325-30.
- 25.-Pitchard J A, Macdonald C, Gant N F. Williams Obstetricia. Par-
to pretérmino. 3a. Ed 1987: 723-35.
- 26.-Wilkins I, Creasy R K. Preterm labor. Clinical Obsterics and
Gynecology 1990 ; 33: 502-14.
- 27.-Bruner J P, Yeast J D. Pregnancy associated eith Friedreich --
Ataxia. Obstet Gynecol 1990; 76: 976-7.