

11217

Universidad Nacional Autónoma de México

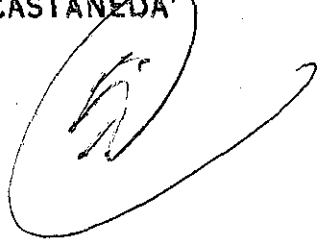
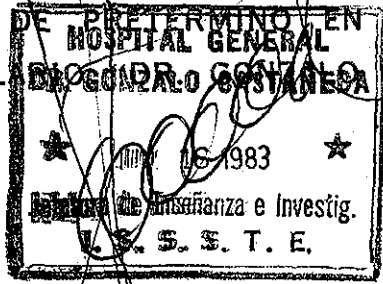
FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores

237



Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" I.S.S.S.T.E.

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 161 CASOS DE
PARTOS DE PRETERMINO EN EL CENTRO
HOSPITAL "DR. GONZALO CASTAÑEDA"



TESIS DE POST - GRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOBSTETRICIA

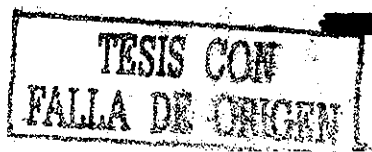
P R E S E N T A:

Rodríguez

DR. ROBERTO RODRIGUEZ MALDONADO

2002

MEXICO, D. F.





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.

AL RECUERDO IMBORRABLE DE MI MADRE.

A MI PADRE Y HERMANOS:

Por su inapreciable ayuda.

A CARMEN Y SANDY:

Con todo mi amor.

A MIS MAESTROS:

Con admiración y agradecimiento.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS.

AL Dr. DAVID ANGELES CALDERON.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por sus consejos y ayuda
en la elaboración -
de este trabajo.

I N D I C E

	Pág.
I. INTRODUCCION.	1
II. GENERALIDADES.	5
EPIDEMIOLOGIA.	
FACTORES ESPECIFICOS DE RIEGO.	
MECANISMOS DE ACCION DE LOS FACTORES EN RIESGO.	
ANATOMIA PATOLOGICA EN EL PESO DE LOS PREMATU-- ROS.	
III. OBJETIVOS.	31
IV. MATERIAL Y METODOS.	32
CARACTERISTICAS MATERNAS.	
EMBARAZOS PREVIOS.	
EMBARAZO ACTUAL.	
RESOLUCION DEL EMBARAZO.	
CARACTERISTICAS DE LOS PRODUCTOS OBTENIDOS.	
V. RESULTADOS.	35
VI. ANALISIS DE RESULTADOS.	47
VII. MEDIDAS PREVENTIVAS.	53
VIII. RESUMEN Y CONCLUSIONES.	60
IX. BIBLIOGRAFIA.	64

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I. INTRODUCCION.

El parto de Pretérmino constituye uno de los principales problemas a que se enfrenta el Ginecobstetra, con una alta - morbimortalidad del binomio madre-hijo, pero principalmente de este último.

Según algunos reportes aproximadamente el 8% de los - embarazos terminan prematuramente y el 75% de las muertes perinatales son debidas a la prematuridad.(11)

México tiene una de las tasas de crecimiento más elevadas, en 1970 era de 3.5 % y ha cambiado a 3.3 % en la última década, lo que representa mas de 2 millones de nacimientos por -- año, de ellos se estima que 10% sufrieran alguno de los siguientes problemas: Prematurez, desnutrición intrauterina, trauma -- neonatal, o asfisia perinatal, como los más importantes. (19)

En nuestro Hospital "Dr. Gonzalo Castañeda" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado la incidencia de Partos Prematuros es como sigue:

En 1980 los partos prematuros fueron el 10.8 % con muerte del - 13.7 % de ellos.

En 1981 los partos prematuros fueron el 7.7 % con muerte del -- 17 % de ellos.

En 1982 los partos prematuros fueron el 6.9 % con muerte del -- 22.1 % de ellos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otros hospitales no difieren en mucho de estas cifras por ejemplo: En 1978 en el Jhon Hopkins Hospital de Estados -- Unidos, el 12 % de los partos correspondió a prematuros y fue-- ron causa del 74% de todas las muertes neonatales. (24)

No hay duda que la mejor manera de reducir la mortalidad y morbilidad en el parto prematuro seria la preventiva. En la práctica lo que se hace es: Inhibir el parto prematuro con fármacos Tocolíticos y suministrar atención obstétrica a la madre y cuidados intensivos al recién nacido antes de término. - Ambas medidas son bastante empleadas, pero no llegan a cubrir - todos los casos problemas. Para prevenir un parto prematuro -- hay que hacer el diagnóstico precoz y disponer de inhibidores - eficaces y seguros de las contracciones uterinas. Estas cir- - cunstancias se reúnen raras veces; además son relativamente pocas las mujeres que resultan candidatas adecuadas para tales medidas. (23)

Avances recientes en el tratamiento obstétrico y neonatal han disminuido notablemente mortalidad y morbilidad en el parto prematuro. Sin embargo los costos que implican monitoreo del feto, cesárea, y cuidados intensivos del recién nacido resultan muy elevados. Por ejem. Pomerance y colaboradores han calculado que el costo de los cuidados intensivos de un bebé es de unos 500 dólares diarios; (26,42) además los resultados a -- largo plazo no se han valorado de manera adecuada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En lugar de medidas heroicas perinatales, probablemente la solución de estos problemas esté en prevenir el parto prematuro; por lo menos se reducirían los costos y se evitaría separar el hijo de la madre con la consiguiente disminución de la mortalidad.

El término prematuro es arbitrario; como el peso es una medida objetiva, mientras que la edad gestacional es casi siempre subjetiva, el peso suele usarse en trabajos de epidemiología y otros.

En el presente estudio hemos decidido llamar pretérmino en lugar de prematuro al parto que sucede antes de término. La Organización Mundial de la Salud (Recommendations of the Who Consultation on Methodology of Reporting and Analysis of Perinatal and Maternal Morbidity and Mortality, Bristol - - 1972), recomendaban que el término prematuro ya no se usara y que en su lugar, los bebés se describieran en términos de edad gestacional o de peso al nacer. Puesto que el término prematuro se define como un peso al nacer inferior a 2500 grs., caben en la definición bebés de bajo peso por nacer antes del tiempo, y bebés de bajo peso por retraso en el crecimiento. Evidentemente son dos cosas distintas. La Organización Mundial de la Salud en la actualidad recomienda que se definan como pretérminos a los nacidos antes de las 37 semanas (antes de los 259 - - días) contadas a partir del primer día de la última menstrua-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ción, y se definen como bebés de bajo peso a los que pesan menos de 2500 grs. al nacer. (26)

Steiner y Pomerance, en 1950 demostraron que la madurez del feto se relaciona con la mortalidad independientemente del peso. (26)

Por otro lado, usar sólo la edad gestacional como recomendación la Organización Mundial de la Salud, trae consigo problemas pues si la edad gestacional se calculara con defecto los bebés resultarían prematuros. Este criterio por lo tanto no sería válido para estudios epidemiológicos. Con lo anterior se concluye: Que los recién nacidos deben clasificarse según el peso al nacer y la edad gestacional considerándose ambos factores en la mortalidad perinatal. (26)

En el presente trabajo vamos a analizar los factores de riesgo que acompañan al parto de pretérmino, y considerar las medidas preventivas que se puedan tomar. Dicho análisis se hará en base a un estudio retrospectivo de expedientes de pacientes que hayan tenido partos de pretérmino en el Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado".

II. GENERALIDADES.

EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO ANTES DEL TERMINO

Se estudiará en esta parte la epidemiología del parto de pretérmino, definido en base al peso al nacer y a la edad -- gestacional, analizando varias características a las cuales se les da un valor de factor de riesgo en función de la frecuencia con que se acompañan de partos antes del término. (26)

CARACTERISTICAS MATERNAS

RAZA. Todos los estudios indican que las mujeres de - raza blanca dan a luz bebés de mayor peso al nacer, y de mayor edad gestacional comparada con las mujeres de otras razas.

EDAD. La frecuencia de partos de pretérmino en diferentes estudios sigue una curva en forma de "U" para mujeres de raza blanca y de otra raza, con las frecuencias menores entre - los años 25-29 y las mayores por debajo de los 15 años. (8,9,27, 40).

PESO ANTES DEL EMBARAZO. Con un peso menor de 46 kgs. antes del embarazo, Hardy y Mellits observaron una frecuencia - de partos de pretérmino de 26 por 100 en las mujeres negras y - de 15 por 100 en las mujeres blancas. (9,32).

MEDIO SOCIAL

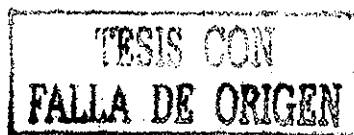
Existen variaciones mundiales en la frecuencia de par

tos de pretérmino, que Boldman y Reed explican como sigue: Un ecólogo diría que los ingresos familiares, la alimentación las condiciones sanitarias, la industrialización, el nivel cultural, la urbanización, las costumbres sociales y el sistema de salud pública son factores interdependientes, y que rigen el número de prematuros.

CLASE SOCIAL. Diversos estudios demuestran que las mujeres de clientela particular, blancas o negras, presentan un riesgo menor de dar a luz bebés de pretérmino, siendo notable esto porqué las mujeres de sala general dieron a luz bebés de pretérmino con una frecuencia de 67 a 84 por ciento en comparación con las mujeres particulares. (9,26).

ESTADO MATRIMONIAL. Entre las madres solteras de raza blanca, el riesgo bebés de pretérmino es 90 por 100 mayor -- que entre las casadas; entre las madres de otras ramas, no hubo diferencias. (8,9,26).

HABITOS Y MEDICAMENTOS. Mayer indicó un amplio estudio sobre los efectos de fumar durante el embarazo. Analizó la edad gestacional y el peso del bebé al nacer, y demostró que el riesgo de una edad gestacional menor es mayor entre las fumadoras. También las placentas son más pequeñas y aumenta la frecuencia de desprendimiento de placenta, de placenta previa y de rotura precoz de membranas. Estos riesgos aumentan en proporción al número de cigarrillos. Todos estos riesgos pueden rela



cionarse con hipoxemia materna y fetal, debida a la carboxihemoglobina. Van den Bergh confirmó que el hábito de fumar aumenta el riesgo de bebés de pretérmino y comprobó que aumenta el número de bebés de bajo peso al nacer en las mujeres que consumen café. Encontró además que las grandes fumadoras también consumen mucho café. (9,26,31,33,36).

Según un estudio de 20 casos publicado por Niswander el alcoholismo aumenta el riesgo de bebés de bajo peso al nacer. Esto no fue confirmado por Van den Berg. Dángelo y Sokol observaron un aumento de bebés de pretérmino con el uso de narcóticos. (26,46).

EMBARAZOS PREVIOS

NUMERO DE EMBARAZOS. Según algunos estudios el número de embarazos no tiene mayor efecto sobre bebés prematuros. Pero Pratt y colaboradores sugieren que en el primero y quinto-embarazos sucesivos hay mayor frecuencia de bebes prematuros. - (26)

ANTECEDENTES DE ABORTOS Y PARTOS PREMATUROS. Kaltreider y Johnson observaron que aumentaba el número de bebés de pretérmino si había antecedentes, tanto de aborto como de partos -- pretérmino. El riesgo es mayor en relación principalmente con abortos del segundo trimestre que con los del primero. Pacientes con un parto de pretérmino previo, tienen un 37 por ciento-

de riesgo, y con dos o más el riesgo de otro parto de pretérmino es de hasta 70 por ciento. (8,9,12,26,30).

ANTECEDENTES DE MUERTE FETAL Y NEONATAL. El efecto de estos antecedentes es tan importante como los partos de Pretérmino. (8,9,12,26).

ANTECEDENTES DE SANGRADO E ISOINMUNIDAD. Los antecedentes de placenta previa o desprendimiento de placenta se acompañan de un mayor riesgo de partos de pretérmino. (8,9,10,13).

EMBARAZO ACTUAL

FECHA DE LA PRIMERA VISITA PRENATAL. La fecha de la primera visita prenatal es menos importante que el motivo para buscar atención médica. Las mujeres que no la recibieron con mayor frecuencia dieron a luz bebés de pretérmino. La frecuencia de bebés de pretérmino puede deberse a que las mujeres no tuvieron tiempo de buscar atención médica. Las que acudieron a una clínica en el primer trimestre tuvieron un menor número de partos de pretérmino. (26)

ENFERMEDADES MEDICAS Y QUIRURGICAS. Según algunos estudios la frecuencia de bebés de pretérmino fué inversamente proporcional a la cifra de hemoglobina. Las frecuencias fueron mayores para todas las cifras de hemoglobina inferiores a 11 g/100 ml. Difieren con estas cifras otros estudios de Kaltreider y Kohl en donde mujeres con cifras menores de 8 gr por 100 ml tu-

vieron riesgo de partos prematuros de sólo 0.7 por 100. (8,32).

Las cardiopatías aumentan el riesgo de bebés prematuros. Deben considerarse dos tipos de cardiopatías, las congénitas y las adquiridas; de todas ellas la más frecuente es la de tipo reumático, especialmente la doble lesión mitral; en este caso, la paciente tiene antecedentes claros y generalmente ha sido evaluada por el Cardiólogo, de tal manera que es raro encontrar una mujer que ignora su cardiopatía durante el embarazo.

El riesgo para el feto en una mujer cardiópata se ve aumentado, sobre todo si se trata de cardiopatías de tipo cianógeno, que se asocian frecuentemente a malformaciones congénitas, pérdidas fetales tempranas y muertes pretérmino. En la mujer que no tiene una cardiopatía cianógena, el problema más frecuentemente observado es un retraso en el crecimiento fetal. Los riesgos atribuibles a cardiopatía son menores del 0.5 por ciento. (23,26,34).

Entre las mujeres con diabetes sacarina, la raza blanca presentaba un riesgo ligeramente mayor de dar a luz niños prematuros, en comparación con las mujeres de otras razas.

Las complicaciones obstétricas que puede tener la mujer diabética son: abortos, muertes intrauterinas, muertes neonatales tempranas, partos prematuros, polihidramnios, toxemia, malformaciones congénitas (sobre todo cardiovasculares), disma-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

durez fetal y otras de menor frecuencia. Un aspecto muy importante desde el punto de vista de madurez fetal es que la diabetes gestacional o temprana se asocia a "retraso" en la madurez pulmonar. Así tenemos niños macrosómicos, pero inmaduros desde el punto de vista pulmonar y con mucha frecuencia, desarrollan un Síndrome de Insuficiencia Respiratoria y muertes neonatales. (26,34)

El riesgo de partos de pretérmino es menor en mujeres con hipotiroidismo, pero mayor en las mujeres con hipertiroidismo. En raro que una mujer hipertiroidea se embarace y cuando esto ocurre generalmente aborta, de aquí la importancia de un diagnóstico oportuno y una terapéutica adecuada antes del embarazo; no obstante en algunas ocasiones el médico se ve obligado a fundamentar el diagnóstico de hipertiroidismo durante el embarazo y consecuentemente iniciar el tratamiento, ya que las pérdidas fetales por esta causa ocurren tanto en épocas tempranas del embarazo como al final de la gestación. (26,34).

Otra de las complicaciones medidas del embarazo y por lo tanto factor de riesgo son: las colagenopatías y de estas, - el Lupus Eritematoso Sistémico es el que afecta con más frecuencia a la mujer en edad fértil y embarazada.

Si se toma un grupo de pacientes con lupus y embarazo, uno de cada tres o uno de cada cuatro embarazos se va a perder, bien sea porque ocurre un aborto, un parto prematuro o una muer

te perinatal. Estas mujeres tienen una fertilidad reducida y - el riesgo para el feto, aún en los mejores casos es malo con pe- ligro de malformaciones cardíacas. (26,34).

En las mujeres con enfermedades pulmonares, la fre- - cuencia de partos de pretérmino aumenta el doble.

Las enfermedades hepáticas aumentan al triple la fre- cuencia de bebés de pretérmino. Se sabe que las intervenciones quirúrgicas abdominales son un factor importante en la inciden- cia de partos de pretérmino, por ejemplo; la apendisectomía au- menta el factor de riesgo al triple. (21.26).

Como era de esperar, las anomalías del aparato geni- tal aumentan el riesgo de partos de pretérmino, son raras pero- según algunos estudios se acompañan de riesgo de parto prematu- ro, Capraro, Chuang y Randall comprobaron que las anomalías -- del útero se acompañaban de partos prematuros con una frecuen- cia de 16 a 18 por ciento. Craig encontró que la frecuencia -- era de 62 por ciento en mujeres con anomalías del útero, pero - en la gran mayoría de los casos se sospechó también insuficien- cia del cuello uterino.

Kaufman y colaboradores han observado anomalías de -- aparato genital alto por exposición prenatal a dietilestilbes-- trol (DES), encontrando histerosalpingografías anormales en 22- de 31 mujeres (71 por 100) hijas de madres que fueron tratadas- con dietilestilbestrol (DES) en los primeros tres meses del em-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

barazo. Las anomalías fueron más frecuentes en mujeres con - - anomalías francas del cuello uterino. Las anomalías radiográficas incluyeron útero con morfología en T, deformaciones de cuernos, y a veces, dilataciones de los dos tercios inferiores del fondo. Berger y Goldstein observaron una frecuencia de 17.7 por 100 de partos prematuros en el segundo y tercer trimestre - en 62 embarazos de 32 mujeres con anomalías cervicovaginales -- atribuibles a DES. (1,26,29).

Forssman observó que las sinequias postraumáticas intrauterinas se acompañaban con mayor frecuencia de partos prematuros. (26)

De interés es la relación entre colestasis del embarazo y parto prematuro Johnston y Baskett, en una revisión reciente observaron que el 39 por 100 de las mujeres con colestasis del embarazo tuvieron partos prematuros. (26)

En cuanto a enfermedades renales, las mujeres con nefritis presentaban un riesgo muy elevado de dar a luz bebés de pretérmino. Lo mismo se observó en mujeres con un solo riñón. (26)

Un aspecto importante que conviene tomar en consideración en nuestro país relacionado con infecciones de vías urinarias es el socioeconómico, puesto que diversos estudios han revelado que, en la mujer embarazada, existe mayor prevalencia de bacteriuria en los niveles socioeconómicos bajos (6-7 por 100)-

en comparación con los grupos socioeconómicos altos (2 por 100). En si el embarazo es un factor predisponente de las infecciones de vías urinarias, ya que el embarazo altera los mecanismos de defensa en el huésped al producir obstrucción ureteral de origen hormonal y/o mecánico. La prevalencia de bacteriuria en el embarazo se ha señalado en el orden de el 7 por 100. La pielonefritis aguda es la complicación más frecuente del tracto urinario, así como la causa médica más frecuente de hospitalización durante el embarazo. (1,26,29).

La pielonefritis aumenta el riesgo de bebés de pretérmino según algunos trabajos hasta de un 50 por 100 (o más en el número de prematuros. (26)

El papel de las infecciones genitales sobre el parto prematuro queda todavía por determinar.

En un estudio de Bravo y Cinco de la Flora bacteriana genital se observó que la flora cervicovaginal predominante -- fue aeróbica en un 65 por 100 y los anaerobios 30 por 100. Por otra parte se pudo observar un alto índice de aislamiento de -- gérmenes potencialmente patógenos como *Escherichia coli* (30.1%) *Klebsiella sp* (10.8 %) y *Proteus sp* (4.6 %). En cambio de los aerobios grampositivos el germen predominante fue *Staphylococcus epidermidis* (60 %), que como sabemos no es patógeno.

Asimismo podemos observar la presencia de aerobios --

grampositivos patógenos como el *Staphilococcus aureus* (3 %), el *Streptococcus sp* (15 %), *Neisseria gonorrhoeae* (1.8 %) y *Listeria monocytogenes* (2 %).

De los gérmenes anaerobios, los organismos predominantes fueron: *Bacteroides sp* (10.8 %) y en un porcentaje menor *Peptococcus sp* (9.5 %) y *Peptostreptococcus sp* (7.8 %), (3,4).

La importancia de estos hallazgos va en relación a la predisposición de infecciones genitales a partos de pretérmino. La invasión de las membranas fetales cerca del cervix por bacterias parece ser un evento común, pudiese ser que la extensión bacteriana del endocervix es más frecuentemente abordada cuando el cervix esta abierto por un embarazo previo. Según los hallazgos del estudio de Naeye existe la posibilidad de que la infección de LA es causa de muchas rupturas de membranas, y por consiguiente de partos de pretérmino. Regan y Chao en un estudio prospectivo de colonización de streptococo Beta en 6706 parurientas ellos encontraron una alta incidencia de ruptura prematura de membranas y partos (37,39,44).

Bobitt y Ledger encontraron graves infecciones del Líquido amniótico en 7 de 12 mujeres durante el trabajo de parto prematuro, en ausencia de signos clínicos de infección. Cabe la posibilidad de que infecciones corioamnióticas subclínicas sean causa frecuente de partos prematuros "idiopáticos".

La infección corioamniótica gonocócica puede acompa--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

fiarse de parto prematuro. En el pasado, cuando la sífilis era más común, era causa frecuente de parto prematuro, pero en la actualidad se ha vuelto rara. Las infecciones micóticas del cuello del útero son más frecuentes en mujeres que presentan partos prematuros. Pero este tipo de infecciones no son factores etiológicos sino ligados a condiciones socioeconómicas.

(23)

Si el embarazo llega a producirse con un dispositivo intrauterino, y este persiste, se aumenta el riesgo de parto prematuro. Tatum, Schmidt y Jain observaron que la frecuencia de partos prematuros era unas cuatro veces mayor al dejar el dispositivo uterino de cobre en "T", que después de extraerlo.

(48)

ENFERMEDADES DEL EMBARAZO

Las cesáreas previas no aumentan el riesgo de bebés de pretérmino. Pero hay una frecuencia de 3.6 por 100 de bebés de pretérmino en casos de cesareas repetidas, y una de 0.7 por 100 de bebés de pretérmino en casos de inducción electiva, que se hubiera podido evitar. Sólo el 4 por 100 de los bebés presentaron anomalías congénitas (11.7 por 100).

En todos los casos de hemorragia, por placenta previa o desprendida, el porcentaje de bebés de pretérmino aumentó hasta en 40 por 100, y el de bebés de bajo peso al nacer en 69 por

100. (26)

En cuanto a la hipertensión arterial, la frecuencia de bebés de pretérmino es mayor cuando la hipertensión no crónica que en casos de preclampsia, ya que en esta última es más frecuente el crecimiento intrauterino retardado. (26.34)

En cuanto al embarazo gemelar son varios los factores que tienen influencia en su morbilidad, siendo la prematuridad de los más importantes. Chávez, Gasque y Vélez dan cifras de 11.1 y 3.1 por 100 para la mortalidad perinatal, cuando el embarazo se interrumpió antes y después de las 37 semanas respectivamente. Teniendo igual influencia sobre la mortalidad perinatal el peso del recién nacido; señalando algunos autores que solo el 30 por 100 de los recién nacidos con peso menor de 1000 grs. sobreviven. El factor de riesgo de parto de pretérmino en el embarazo gemelar es del 25 por 100. (5,26)

MECANISMOS DE ACCION DE LOS FACTORES DE RIESGO

Las causas de parto prematuro espontáneo no se conocen; por lo tanto, no existe tratamiento eficaz. Se han hecho muchas investigaciones sobre mecanismos de parto prematuro y probablemente revisarlos sea útil para identificar medidas terapéuticas y preventivas que resultaran beneficiosas, y otras que se necesitan investigar más a fondo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 1

INCREMENTOS DE BEBES DE PRETERMINO
RELACIONADOS CON FACTORES ESPECIFICOS DE RIESGO

Factores de Riesgo	Tasa de Incremento (%)*		
	40-100	Hasta 200	200
Aborto previo.....	2	3	
Desprendimiento previo de placenta.....		V	
Desprendimiento de placenta en el - embarazo en curso.....			V
Edad			
Menor de 15 años.....		V	
Menor de 20 Años.....	V		
Mayor de 40 años.....	V		
Anomalías congénitas fetales.....		V	
Anomalías			
Genitales maternas.....			V
Apendicitis.....		V	
Asma.....	V		
Muerte fetal previa.....	1		2
Eclampsia.....			V
Cardiopatías.....	V		
Hemoglobina			
<8 grs.....			V
8-8.9 grs.....		V	
9.9-9.99 grs.....	V		
AS-SS.....	V		
Otras anomalías.....	V		
Hidramnios.....		V	
Hiperemesis.....			V
Hipertensión crónica.....	V		
Hipertiroidismo.....	V		
Riñón			
Ausencia de riñón.....		V	
Nefritis.....			V
Enfermedades del hígado.....			V
Miomas.....	V		
Muerte neonatal previa.....		1	2
Antecedentes de			
Placenta previa.....	V		
Placenta previa en el			
Embarazo.....			V
Pulmonía viral.....		V	
Preclampsia.....	V		
Embarazo múltiples			V
Parto prematuro previo.....		1	2
Rotura precoz de membranas.....		V	
Falta de atención			
Médica prenatal.....			V
Madres solteras.....	V		

* Las cifras indican el número de casos en los cuales se verifica la condición considerada para el grupo en el cual existen cifras.

TOMADO DE CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS DE NORTEAMERICA.

Volumen 1, 1980. pág. 29.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MECANISMOS SOCIOECONOMICOS

Las condiciones socioeconómicas son las que se acompañan de parto prematuro con mayor frecuencia que cualquier otro factor clínico, sin embargo muy pocos son los estudios que tratan de determinar sus mecanismos. Garn, Shaw y McCabe estudiaron embarazos únicos para determinar los efectos de las condiciones socioeconómicas y raciales sobre la frecuencia de partos prematuros. La frecuencia se relacionaba directamente con las condiciones socioeconómicas en mujeres blancas, puertorriqueñas y negras; pero la frecuencia en las puertorriqueñas y negras era casi doble que en mujeres blancas de iguales condiciones socioeconómicas. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas, lo que sugiere que las diferencias en cuanto a riesgo de parto prematuro pueden ser de origen genético o racial.

Los mecanismos por los cuales las condiciones socioeconómicas intervienen para producir partos prematuros son prácticamente desconocidos; los que más frecuentemente se invocan son desnutrición, baja estatura, analfabetismo y factores físicos y psicológicos. (23)

Hay estudios epidemiológicos dirigidos a estudiar las relaciones entre nutrición y partos prematuros. Pero existen contradicciones en cuanto a resultados ya que en algunos se encontraron efectos benéficos con disminución de partos prematuros y preclampsia con dietas ricas en vitaminas y minerales y -

en otros no.

Mujeres de baja estatura dan a luz bebés prematuros - con mayor frecuencia. El mecanismo se desconoce; probablemente tengan úteros pequeños con función reproductora disminuida, pero esto es puramente teórico.

Se ha señalado que el tipo de vida de la madre, aparte de las condiciones socioeconómicas, puede tener efectos importantes. En el estudio de mortalidad de Ontario, la frecuencia de bebés de bajo peso es mayor en primiparas con trabajo no sedentario. Diddle revisó seis estudios que tratan de los efectos del trabajo durante el embarazo. Sólo en uno se demostró - aumento de bebés prematuros en las trabajadoras y en otro encontró un aumento de bebés prematuros entre mujeres desempleadas. En resumen se puede concluir, el hecho de trabajar durante el - embarazo no representa mayores problemas. (23)

La relación entre tensiones psicológicas y parto prematuro no se ha estudiado. Lederman y colaboradores sugirieron que la ansiedad, al aumentar la secreción de adrenalina puede - aumentar la contractilidad del útero. Sin embargo, encontraron que niveles altos de adrenalina disminuían la contractilidad -- del útero. (23)

Resulta difícil de explicar el aumento de frecuencia - de partos prematuros si consideramos las mejores que hubo en -- las condiciones socioeconómicas de 1950 a 1982. En el curso de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

32 años las condiciones socioeconómicas han mejorado notablemente, mientras el número de prematuros ha aumentado. Esta paradoja podría deberse a que ha aumentado el número de embarazos entre las adolescentes, o el consumo de tabaco. También es probable que los efectos de las mejoras socioeconómicas aparezcan en generaciones sucesivas; en caso contrario, los mecanismos -- causales no resultaron afectados por las mejoras socioeconómicas. (23)

HIPOXIA DEL FETO

La hipoxia del feto, con hipoperfusión uterina o sin ella, puede explicar gran número de trabajos de parto prematuro que se observan en mujeres de condiciones socioeconómicas bajas, y en mujeres con padecimientos médicos relacionados con el embarazo (toxemia, trastornos de la placenta, anemia, infecciones, enfermedades cardiovasculares, etc.). Como las cardiopatías y la anemia grave se acompañan con mucha frecuencia de partos prematuros, es probable que la hipoperfusión uterina o la hipoxia sean factores predisponentes de parto prematuro. La hipoxia secundaria a carboxihemoglobina y la vasoconstricción secundaria a respuesta adrenérgica, ambas debidas a la nicotina, probablemente sean causa de partos prematuros entre las grandes fumadoras. (9,23,26,31,33,36).

En caso de abortos repetidos, hay que buscar otras --

anomalías, como deformidades uterinas, miomas submucosos y defectos del ciclo menstrual. Sin embargo no está comprobado que abortos repetidos o defectos hormonales aumenten el riesgo de partos prematuros. En estos casos probablemente la causa sea una dilatación del cuello uterino, que siempre hay que tener presente. (1,23,26,29).

EFFECTOS HORMONALES

Como el trabajo de parto normal depende en gran parte de mecanismos hormonales es lógico suponer que pueden existir alteraciones en estos mecanismos y que, una vez corregidos, se llegue a prevenir el trabajo de parto prematuro. Sin embargo, se desconoce todavía el mecanismo "desencadenante" del trabajo de parto normal. Se desconoce también si el mecanismo es único o múltiple. Además, es probable que los mecanismos del parto normal sean diferentes de los que se operan en parto prematuro. Los mecanismos siguientes parecen ser los que desencadenan el inicio del trabajo. (2, 23, 28, 50).

ESTROGENOS Y PROGESTERONA

Los estrógenos aumentan el tamaño del útero tanto del endometrio como del miometrio. Además aumentan la concentración de actomiosina y otros constituyentes del aparato contractil. Por lo tanto los estrógenos aumentan la contractilidad global del útero, o su respuesta a otros estímulos.

Los estrógenos también favorecen la producción de prostaglandinas por el útero, otro mecanismo más por el cual los estrógenos aumentan la contractilidad del útero.

En la mujer, durante todo el embarazo se incrementa la producción de los tres estrógenos más importantes (estrón, estradiol y estriol). La semana anterior al parto, las concentraciones de estrógenos en la sangre materna tienden a quedar en meseta, sin cambios ulteriores. Hasta hace poco, estradiol y estrón se consideraban los únicos estrógenos fisiológicamente activos, pero recientemente se ha visto que el estriol es igualmente activo. (2, 23, 28, 50).

Frankel fué el primero en demostrar que con la ablación del cuerpo lúteo en la coneja termina el embarazo. Posteriormente se demostró que administrando progesterona exógena se prolongaba el embarazo en la coneja sin cuerpo lúteo. Recientemente ha quedado demostrado que en la mujer el cuerpo lúteo es necesario desde el comienzo del embarazo. Si la ablación del cuerpo lúteo se lleva a cabo antes de las siete semanas, los niveles de progesterona disminuyen y se produce aborto: Pero si la ablación se lleva a cabo después de las nueve semanas, los niveles de progesterona se conservan, y no se produce el aborto. El intervalo crítico entre las siete y nueve semanas probablemente indique que la producción de progesterona pasa del cuerpo lúteo a la placenta.

En general se supone que la progesterona contraresta o suprime los efectos uterotónicos de los estrógenos. Las concentraciones de estrógenos y progesterona aumentan durante el embarazo, y el cociente estrógenos/progesterona se conserva dentro de límites estrechos durante los últimos meses.

Sólo recientemente ha podido demostrarse una disminución de los niveles plasmáticos de la progesterona antes de iniciarse el trabajo de parto. En 1974 Turnbull y colaboradores encontraron un aumento del cociente estrógenos progesterona en las cuatro a cinco semanas anteriores al inicio espontáneo del parto, que los autores atribuyeron a disminución de la progesterona y aumento de los estrógenos plasmáticos. Milewich y colaboradores demostraron en la mujer que el metabolismo de la progesterona -- por parte de las membranas fetales disminuye antes del embarazo a término, sin que disminuya en forma correspondiente la concentración de progesterona endógena. Estos resultados podrían indicar que la progesterona disminuye porque se secuestra a nivel subcelular. Esto causaría "supresión de progesterona" a nivel celular o subcelular, con aumento de la fosfolipasa A2 de los lisosomas de las membranas fetales. Ello, a su vez podría favorecer la liberación enzimática de ácido araquidónico, que se transformaría en prostaglandinas o compuestos análogos; estos aumentarían la contractilidad del útero. (23)

Csapo y colaboradores encontraron que en el parto prema

turo los niveles plasmáticos de estradiol eran ligeramente superiores a los normales mientras que los de progesterona eran inferiores. (23)

Cousins y colaboradores observaron diferencias importantes en mujeres con trabajo de parto prematuro. Dividieron a las mujeres en tres grupos: de parto prematuro idiopático, de rotura precoz de membranas, y de desprendimiento marginal de la placenta. Encontraron que los niveles de progesterona eran significativamente menores en mujeres que tuvieron parto prematuro, en comparación a los niveles en mujeres con una edad gestacional comparable. Pero el cociente de estrógenos progesterona sólo era significativamente diferente en el grupo con parto prematuro idiopático. (6)

Pero en ninguno de estos estudios, se determinaron los niveles plasmáticos de progesterona antes de comenzar el parto prematuro. Por consiguiente no se sabe si niveles bajos de progesterona precedían al comienzo del parto prematuro y lo causaban, o si se produjeron después y coincidieron con el inicio del parto prematuro.

Johnson y colaboradores hicieron determinaciones seriadas de niveles de progesterona en mujeres con riesgo elevado de parto prematuro y encontraron que, en las mujeres que tuvieron parto prematuro, los niveles de progesterona disminuyeron significativamente antes de iniciarse dicho parto. (23)

GLUCOCORTICOIDES

Dosis altas de glucocorticoides en mujeres antes del parto a término no inducen el parto prematuro. Después de una semana o más del embarazo a término, con una inyección de 500-mgms de succionato de cortisol en el saco amniótico se puede inducir el parto con más rapidez que en un grupo control. Johnson y colaboradores no encontraron variaciones significativas de los valores de cortisol en la sangre materna, en las semanas anteriores al parto prematuro ni durante el parto. (23)

PROSTAGLANDINAS

Se sabe que las prostaglandinas de tipo E(PGE) y -- F(PGF), tanto naturales como sintéticas, estimulan las contracciones del útero durante el embarazo. Estas y sus derivados se usan para inducir el parto a término, en casos de óbito fetal, y el aborto. No hay duda por lo tanto de su efecto farmacológico.

No hay pruebas convincentes de que las prostaglandinas inicien el parto espontáneo, pero una producción alterada de las mismas podría causar parto prematuro. Tamby Raja y colaboradores no encontraron aumento de PGF en el líquido amniótico de mujeres hospitalizadas por parto prematuro; pero en el curso del parto hubo una elevación semejante a la del trabajo de parto a término. Nieder y colaboradores, en mujeres hospi-

talizadas con sospecha de trabajo de parto prematuro y que después dieron a luz, encontraron niveles de PGM más elevado que en mujeres hospitalizadas con el mismo diagnóstico, en quienes el parto no prosiguió. (23).

Como el líquido espermático tiene una concentración elevada de prostaglandina, y las prostaglandinas se absorben por la vagina, se podría suponer que las relaciones sexuales aumentan la contractilidad uterina. En efecto se dice que entre las mujeres con mayor actividad sexual, aumenta el número de partos prematuros. Goodlin, Keller y Raffin, y Wagner, Butler y Sanders suponen que el mecanismo por el cual las relaciones sexuales favorecen el parto prematuro es el orgasmo, más que las prostaglandinas del líquido espermático. (23, 37).

OXITOCINA

El efecto de la Oxitocina para inducir el parto en el embarazo a término, o cerca de término, es tan conocido que en general, se cree que la liberación de oxitocina por la neurohipófisis es el hecho fundamental para iniciar el trabajo de parto. Sin embargo, después de estudios minuciosos de los niveles de oxitocina en sangre materna y del recién nacido, Chard concluyó que el papel de la oxitocina durante el trabajo de parto todavía no está aclarado, y supone que, por su manera de liberarse de la neurohipófisis, la oxitocina sólo favorece el ini-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cio de trabajo de parto, mientras que su acción específica se manifiesta durante la expulsión y posteriormente provocar la contracción completa del miometrio después de la expulsión. (2,23,28,50).

FACTORES DEL CUELLO UTERINO

Toda consideración de los mecanismos del parto debe incluir los factores que causan dilatación del cuello uterino. En el pasado, se solía suponer que la dilatación se debía a la fuerza de las contracciones uterinas; en la actualidad se sabe que depende de fenómenos bioquímicos. La dilatación se debe a modificación en la actividad de los fibroblastos del cuello, resultado de una modificación en la composición del tejido conectivo cervical, un aumento en la secreción del glucosaminoglucanos, y probablemente, a secreción disminuida de colágena. Los mecanismos de estos cambios en la actividad de los fibroblastos se desconocen. Observaciones en animales sugieren que las prostaglandinas y los corticosteroides pueden ser importantes para iniciar la dilatación del cuello. (23)

OTROS FACTORES

En embarazos múltiples, el mecanismo del parto prematuro se supone debido a sobredistensión del útero y probable hipersecreción de prostaglandinas, con aumento de la contractilidad del miometrio. El mismo mecanismo de parto prematuro puede

de verificarse en caso de hidramnios. Una distensión excesiva del útero también puede producir modificación del cuello uterino. La frecuencia de partos prematuros en mujeres con trasplante renal resulta difícil de explicar, en ausencia de preclampsia. Al respecto, probablemente son de interés los estudios de Rocklin y colaboradores, quienes demostraron que mujeres con abortos repetidos durante el primero y segundo trimestre, no presentaban anticuerpos contra la IgG, que normalmente presentan las mujeres con embarazos múltiples que llegan a término. La ausencia de este anticuerpo en el suero de mujeres con abortos repetidos, sugiere que el anticuerpo es necesario para el embarazo. Es probable que las mujeres con trasplante renal presenten una deficiencia de este anticuerpo, a causa del tratamiento Inmunosupresor al que están sometidas, por lo que presentan un riesgo mayor de parto prematuro. (23)

Los factores causa de parto prematuro en mujeres con pulmonía, apendicitis, enfermedades del hígado, hiperemesis e hipertiroidismo, se desconocen por completo.

ANATOMIA PATOLOGICA EN EL PESO DE LOS PREMATUROS

La muerte neonatal obedece al mismo grupo general de trastornos patológicos en los prematuros y en los nacidos a término, consistiendo las principales diferencias en la distribu-

ción de las causas. La prematuridad por sí sola no puede considerarse como causa de la muerte en un niño nacido vivo. En los prematuros como en los nacidos a término, las principales causas de muerte son: Anoxia, traumatismo obstétrico (principalmente cerebral), malformaciones, síndrome de dificultad respiratoria-idiopática (membrana hialina), bronconeumonía, septicemia y - - otras infecciones.

Las membranas pulmonares hialinas asociadas a "atelectasia por resorción" se encuentran en las autopsias aproximadamente en el 50% de los niños prematuros que mueren entre una hora y cuatro días después del nacimiento.

Las hemorragias resultantes de traumatismo, anoxia infección o defecto del mecanismo de coagulación son frecuentes y en muchos casos, graves. Las hemorragias en el plexo coroideo y las subependimarias e intraventriculares se presentan a menudo en los nacidos prematuramente.

La hiperbilirrubinemia se observa cuando las cifras de bilirrubina están por arriba de 2 mgr/dl. Este disturbio metabólico de los más conocidos puede ser generado por varias causas, las cuales pueden ir juntas o separadas, en este caso generalmente vemos las causas mixtas en los recién nacidos graves. Sin embargo se puede mencionar que se observan en prematuros, en niños con infección, en cefalohematoma, en hijos de diabéticas, en niños con insuficiencia respiratoria de cualquier etiología,

en ayuno prolongado, incompatibilidad Rh y a grupo, en policitemia, en obstrucciones intestinales congénitas o bien ileo meconial, por medicamentos: furosemid, gentamicina, digoxina, diazepam, hidrocortisona, vitamina K, etc.

Las inmadurez, como medida de la incompetencia relativa del niño prematuro para sobrevivir, es un reflejo inadecuado - desarrollo de las funciones anatómicas, fisiológicas y bioquímicas. Las deficiencias de estas funciones afectan a la capacidad del niño para cumplir exigencias que no existen para él en el ambiente protector de la vida intrauterina, tales como el control de la temperatura corporal, la función pulmonar, la nutrición, la reposición del gasto metabólico, la función inmunológica y la excreción de sustancias tóxicas. Cuanto más cortohaya sido el período de gestación, más probable será que el niño no está preparado para hacer frente a los rigores de la vida extrauterina. Cuando no se conoce la causa de la muerte debe clasificarse como indeterminada. (19, 20, 35, 38, 41)

CON
FALLA DE ORIGEN

REVISION DE 161 CASOS DE PARTOS DE PRETERMINO EN EL
HOSPITAL GENERAL "DR. GONZALO CASTAÑEDA".

III.- OBJETIVOS.

- 1.- Obtención de datos epidemiológicos del parto de pretérmino en nuestra población derechohabiente.
- 2.- Análisis de la repercusión tanto materna como fetal, del parto de pretérmino (morbimortalidad).
- 3.- Identificación y comparación con la bibliografía mundial de los principales factores de riesgo tanto maternos como fetales, que intervienen en la incidencia del parto de pretérmino.
- 4.- Encontrar medidas preventivas, que contrarresten o modifiquen los mecanismos que llevan al parto antes del término.
- 5.- Obtener un informe estadístico útil, para un mejor aprovechamiento de los recursos materiales con que contamos y -- ofrecer así, un servicio de mejor calidad a los derechohabientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IV. MATERIAL Y METODOS.

Se estudiaron retrospectivamente, los expedientes de 161 casos de partos de pretérmino, que tuvieron lugar en la -- unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr.- Gonzalo Castañeda" del I.S.S.S.T.E., durante el periodo comprendido del 30 de septiembre de 1980, el 29 de septiembre de 1981.

Cómo se mencionó al principio, el término prematuro- es arbitrario; y como el peso es una medida objetiva, mientras que la edad gestacional es casi siempre subjetiva, el peso sue- le usarse en trabajos de epidemiología y otros. Se considera- en general que un producto es de pretérmino, cuando su peso al nacer fué de 2500 grs. o menores a excepción de productos de - madres pre o diabéticas, en las cuales se toma como punto de- referencia la edad gestacional del producto y la valoración -- neonatal de madurez. Siguiendo el mismo criterio en este estu- dio, excluyéndose casos que se habían tomado como de pretérmi- no en base a su edad gestacional, pero con peso mayor de 2500- grs. y que no presentaban alteración en el metabolismo de los- carbohidratos.

Se incluyeron en el estudio a todas las pacientes que dieron a luz bebés con peso de 2500 grs. o inferior, con la -- salvedad ya hecha de mujeres pre y diabéticas, y que reunían - las características pedidas en el protocolo de estudio y - -

los diferentes factores de riesgo ya mencionados, basándonos en los estudios epidemiológicos y de clasificación antes señalados. (8,26)

Para su análisis, se dividieron en varias partes los diferentes factores de riesgo en estudio y las características de los productos obtenidos.

- A. CARACTERISTICAS MATERNAS.- Edad, ocupación, tipo de trabajo que desempeña, tabaquismo, alcoholismo, estado civil, -- grupo sanguíneo y factor Rh, hemoglobina, y en caso de que hubiera habido embarazo con algún método anticonceptivo, especificarlo.
- B. EMBARAZOS PREVIOS.- Número de gestaciones, abortos, partos prematuros previos, óbitos, muertes neonatales.
- C. EMBARAZO ACTUAL.- Semanas de gestación, fecha de inicio de control prenatal, sangrados en el embarazo, internamientos en el embarazo, enfermedades concomitantes con el embarazo- complicaciones del embarazo, tipo de embarazo, morbilidad - materna.
- D. RESOLUCION DEL EMBARAZO.- Vaginal, abdominal, indicaciones de las cesáreas, fórceps.
- E. CARACTERISTICAS DE LOS PRODUCTOS OBTENIDOS.- Sexo, peso, -

apgar, evolución neonatal, óbitos, muertes neonatales.

Las conclusiones se sacaron en base a un análisis com
parativo entre nuestros resultados y los de otros autores.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

V. RESULTADOS

Nuestro estudio fué retrospectivo, obteniendo un total de 161 pacientes del 30 de septiembre de 1980 al 29 de septiembre de 1981. Se obtuvieron 172 productos, ya que se atendieron 11 embarazos gemelares.

A. CARACTERISTICAS MATERNAS

EDAD

La distribución por edades fué de la siguiente manera.

	No	%
15-20 años	(19) Pacientes	11.80
21-25 años	(44) "	27.32
26-30 años	(50) "	31.05
31-35 años	(33) "	20.49
36-40 años	(14) "	8.69
>40 años	(1) "	0.62

La paciente más joven que tuvo un parto prematuro fueron dos mujeres de 16 años y la de más edad tenía 43 años.

OCUPACION

Hogar	(65) Pacientes	40.37%
Secretaria	(30) "	18.63%
Maestra	(18) "	11.18%
Enfermeras	(9) "	5.59%

OCUPACION

Empleadas	(8)	Pacientes	4.96%
Intendencia	(6)	"	3.72%
Otras	(25)	"	15.52%

Entre las otras ocupaciones se encontraban profesionistas, dos doctoras, recepcionistas, perforistas, telefonistas, -- una niñera y trabajadoras sociales.

ESTADO CIVIL

Casadas	(147)	Pacientes	91.30%
Unión Libre	(8)	"	4.96%
Solteras	(6)	"	3.72%

TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO

Tabaquismo	(35)	Pacientes	21.73%
Alcoholismo	(14)	"	8.69%

GRUPO SANGUINEO Y FACTOR Rh

Gpo. Sang.

A	(37)	Pacientes	22.98%
B	(8)	"	4.96%
AB	(3)	"	1.86%
O	(113)	"	70.18%
Rh	+ (159)	- (2)	

HEMOGLOBINA

8-8.9 g.	(12) Pacientes	7.45%
9-9.9 g.	(15) "	9.31%
10-10.9 g.	(17) "	10.55%
11-11.9 g.	(30) "	18.63%
➤ 12 g.	(87) "	54.03%

METODO ANTICONCEPTIVO USADO EN EL

MOMENTO DEL EMBARAZO

DIU	(1) Pacientes	0.62%
Hormonales Orales	(4) "	2.48%

El número tan importante de pacientes que se embarazaron con hormonales orales, es debido probablemente a defectos en su administración y no a falla en sí del método. Lo importante del embarazo con DIU es saber la conducta que se debe seguir retirarlo o dejarlo: cuando se retira, debe hacerse a las 16 - semanas aproximadamente si no hay sangrado.

B. EMBARAZOS PREVIOS.

NUMERO DE GESTACIONES

Primigestas	(41) Pacientes	25.46%
Secundigestas	(36) "	22.36%
Tercigestas	(28) "	17.39%
Multigestas	(56) "	34.78%

PARTOS PREMATUROS PREVIOS

1	(21) Pacientes	13.04%
2	(5) "	3.10%
3	(1) "	0.62%
4	<u>(1) "</u>	<u>0.62%</u>
TOTAL.... 28 Pacientes		17.39%

Las pacientes que tenían 3 y 4 Partos prematuros previos eran auxiliares de Intendencia, una con tercero de primaria y la otra analfabeta.

ABORTOS PREVIOS DEL I TRIMESTRE

1	(30) Pacientes	18.63%
2	(13) "	8.07%
3	(3) "	1.86%
4	<u>(4) "</u>	<u>2.48%</u>
TOTAL....50 Pacientes		31.05%

ABORTOS PREVIOS DEL II TRIMESTRE

1	(12) Pacientes	7.45%
---	----------------	-------

De los abortos del I trimestre 7 fueron provocados, del II trimestre uno fue provocado.

OBITOS PREVIOS

I	(8) pacientes	4.96%
---	----------------	-------

MUERTES NEONATALES PREVIAS

6 Pacientes		3.72%
-------------	--	-------

C. EMBARAZO ACTUAL.

SEMANAS DE GESTACION

< 25	(2) pacientes	1.24%
25-28	(16) "	9.93%
29-32	(36) "	22.36%
33-36.6	(103) "	63.97%

En cuatro pacientes no se pudo determinar la edad gestacional.

INICIO DE CONTROL PRENATAL.

Sin control prenatal	(17) pacientes	10.55%
I trimestre	(106) "	65.83%
II trimestre	(33) "	20.49%
III trimestre	(5) "	3.10%

Se consideró control prenatal nulo a aquellas pacientes que tenían sólo una consulta prenatal o ninguna.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES CONCOMITANTES.

Preclampsia Severa	(15) Pacientes	9.31%
Infección de vías Urinarias (13)	"	8.07%

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES CONCOMITANTES

Hipertensión Arterial Crónica	(9)	Pacientes	5.59%
Incompetencia Istmico-Cervical	(9)	"	5.59%
Placenta Previa ó Inserción Baja	(6)	"	3.72%
Cervicovaginitis	(5)	"	3.10%
Prediabeticas	(3)	"	1.86%
Toxoplasmosis	(2)	"	1.24%
Utero Difelfo	(2)	"	1.24%
Miomatosis Uterina	(2)	"	1.24%
Bronquitis Aguda	(2)	"	1.24%
Antecedente de Esterilidad	(2)	"	1.24%
Isoinmunización Materno Fetal	(1)	"	0.62%
DPPNI	(1)	"	0.62%
Gastroenteritis	(1)	"	0.62%
Hipotiroidismo	(1)	"	0.62%
Corioamnioitis	(1)	"	0.62%
Secuelas de Polio	(1)	"	0.62%
Insuficiencia Mitral	(1)	"	0.62%
Gastritis	(1)	"	0.62%
TOTAL....	84	Pacientes	52.17%

De las 9 pacientes con Incompetencia Istmico-Cervical,
6 fueron sometidas a cerclaje.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SANGRADOS TRANSVAGINALES EN EL TRANSCURSO DEL EMBARAZO

I Trimestre	(36) Pacientes	22.36%
II Trimestre	(22) "	13.66%
III Trimestre	<u>(6)</u> "	<u>3.72%</u>
TOTAL..... 64 Pacientes		39.75%

TIPO DE EMBARAZO

Sencillo	(150) Pacientes	93.16%
Gemelar	(11) "	6.83%

En total se obtuvieron 172 productos.

INTERNAMIENTOS PREVIOS EN EL EMBARAZO

1	(7) Pacientes	4.34%
2	(2) "	1.24%
3	(1) "	0.62%

Seis pacientes se internaron en el curso del embarazo por cerclaje al detectarseles Incompetencia Istmico-Cervical.

DIAS DE ESTANCIA DE LA MADRE

1-3 días	(79) Pacientes	49.06%
4-6 "	(49) "	30.43%
7-14 "	(26) "	16.14%
15-30 días	<u>(7)</u> "	4.34%
TOTAL 161		

Total de Días: 875

Promedio = 5.43 días por paciente

La paciente que estuvo internada por más tiempo fué -- una maestra con una Incompetencia Istmico-Cervical, siendo su estancia de 30 días.

MORBILIDAD MATERNA

Retención de restos	(3) Pacientes	1.86%
Anemia	(6) "	3.72%
Dehiscencia de		
Herida Quirúrgica	(4) "	2.48%
Endometritis	(6) "	3.72%
Atonia Uterina	<u>(1) "</u>	<u>0.62%</u>
TOTAL	20 Pacientes	12.42%

MUERTES MATERNAS (1) Paciente 0.62%

La muerte materna fué debida a hemorragia postcesárea por Atonia Uterina.

INDUCCION DE MADUREZ PULMONAR FETAL

Hidrocortisona	(15) Pacientes	9.31%
Otros	<u>(18) "</u>	<u>11.10%</u>
TOTAL....	33 Pacientes	20.49%

D. RESOLUCION DEL EMBARAZO

Vaginal	(111) Pacientes	68.94%
Cesáreas	(50) "	31.05%

De la vía vaginal se obtuvieron 117 productos ya que-

6 embarazos eran gemelares.

De los 117 partos 10 (8.54%), se recibieron en pélvi
co.

De los 117 partos en 2 (1.70%), se aplicó fórceps.

INDICACIONES DE LA CESAREA

Pélvico	(14)	28.00%
Sufrimiento Fetal Agudo	(6)	12.00%
Preclampsia Severa	(5)	10.00%
Placenta Previa Sangrante	(5)	10.00%
Situación Transversa	(5)	10.00%
Gemelar	(5)	10.00%
Cesarea Iterativa	(3)	6.00%
DPPNI	(2)	4.00%
Ruptura Prematura de		
Membranas	(2)	4.00%
Desproporción Fetopélvica	(2)	4.00%
Protrusión de mano	(1)	2.00%

De lo anterior se concluye que de los 161 embarazos -
24 eran pélvicos (14.90%)

Las dos cesáreas realizadas por Desproporción Feto --
pélvica, fueron hechas en dos pacientes prediabéticas, con ---
peso de los productos de más de 4 kilos, pero por amenorrea --
menores de 36 semanas y con datos de inmadurez.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTADO DE LAS MEMBRANAS

Rotas	(65) Pacientes	40.37%
Integras	(96) "	59.62%

Ruptura Prematura de Membranas cuando ocurrió esta --
6 hrs. o más, antes de la resolución del Embrazo.

E. CARACTERISTICAS DE LOS PRODUCTOS OBTENIDOS.

DISTRIBUCION POR SEXOS

Masculinos	(74) Productos	43.02%
Femeninos	(97) "	56.39%
No Determinado	(1) "	0.58%

El producto de sexo no determinado, se trató de un -
óbito de 32 Semanas el cual se encontraba tan macerado que no
se pudo determinar el sexo.

PESO DE LOS PRODUCTOS

< 1000 grs	(16) Productos	9.30%
1001-1500 grs.	(25) "	14.53%
1501-2000 grs.	(41) "	23.83%
2001-2500 grs.	(78) "	45.73%
> 2500 grs.	(3) "	1.74%
No pesados	(9) "	5.23%

Los tres productos con peso mayor de 2500 grs eran -
de 3 pacientes prediabéticas.

Los productos no pesados, fue debido a la gravedad -
que presentaban al nacimiento.

ESTADO DEL PRODUCTO AL NACER

Vivos	(156) Productos	90.69%
Obitos	(16) "	9.30%

MUERTES NEONATALES

Nacidos Vivos	Muertes Neonatales	
156	(28)	17.94%

CLASIFICACION DE APGAR AL MINUTO DE NACIDOS

1-2	(26) Productos	16.66%
3-4	(27) "	17.30%
5-6	(29) "	18.58%
7-8	(55) "	35.25%
9-10,	(19) "	12.17%

CAUSAS DE MUERTE NEONATAL

Inmadurez Fisiológica	(13) Productos	46.42%
Depresión Neonatal Severa	(7) "	25.00%
Hipoxia Perinatal	(5) "	17.85%
Membrana Hialina	(2) "	7.14%
Esclerodermia Generalizada	<u>(1)</u> "	3.57%

TOTAL 28

ETIOLOGIA PROBABLE DE LOS OBITOS

Insuficiencia Feto-placentaria	(8) Productos	50.00%
Circulación de Cordón	(3) "	18.75%

Sufrimiento Fetal Crónico

Agudizado	(2) Productos	12.50%
No Determinada	<u>(3)</u> "	18.75%
TOTAL	16	

En los productos en que no se pudo determinar la probable causa de muerte se encontraron anomalías congénitas tales como: un anencéfalo, otro con labio y paladar hendido y el tercero sin anomalías aparentes y muy macerado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VI. ANALISIS DE RESULTADOS

De los resultados obtenidos se concluye, que la frecuencia de partos de pretérmino es mayor en mujeres de más de 40 años reportando la Bibliografía un 6.5% encontrando en nuestro estudio sólo una paciente de 43 años (0.62 %), bastante significativo si tomamos en cuenta el número de embarazos que ocurren a esa edad. (8,9,27,49).

Se observó que el mayor número de partos de pretérmino ocurrió en pacientes trabajadoras, 96 (59.62%), siendo las secretarías, las más afectadas 30 (18.63%), en seguida las maestras 18(11.18%), y solo dos profesionistas con carrera universitaria del total de las pacientes, lo que quiere decir que las mujeres trabajadoras tienen mayor riesgo de partos de pretérmino que las que se dedican al hogar. (23).

Según algunos estudios, (8,9,26) entre las madres solteras el riesgo de bebés de pretermino es 90% mayor que entre las casadas, pero en nuestro estudio encontramos que sólo 6 pacientes (3.72 %) eran solteras.

Van den Berg, y otros investigadores (9,26,31,33,36) confirmaron que el hábito de fumar aumenta el riesgo de bebés de pretérmino, de ahí la importancia de que en nuestro estudio encontramos que 35 pacientes (21.73%), eran fumadoras habituales.

Roset, (46) comprobó que el alcoholismo aumenta el riesgo de bebés de bajo peso al nacer, encontrando en nuestra investigación que 14 pacientes (8.69%) ingirieron bebidas alcoholicas durante su embarazo.

De las 161 pacientes, 113(70.18%) correspondian a grupo sanguineo "O", y 159 pacientes (98.75%), eran factor Rh "+".- Lo cual va de acuerdo con el tipo de población que se manejó.

Se encontró en 44 (27.32%), de las pacientes cifras -- de Hemoglobina por abajo de 11 g. reportando la bibliografía que los partos de pretérmino, son mayores en estas pacientes.

Se encontró en nuestro estudio, una paciente que se embarazó con un DIU "in situ", el cual no se le retiró, permaneciendo hasta el final del embarazo, Tatum (48), encontró, que la frecuencia de partos prematuros aumenta unas cuatro veces cuando se deja el DIU.

De las 161 pacientes estudiadas, 41(25.46%) eran primigestas y 56 (34.78%) eran multigestas, concluyendo que el riesgo mayor de partos de pretérmino es en estos dos grupos. (26), siendo menor en secundigestas y tercigestas.

En cuanto a partos prematuros previos, 28 (25.46%) pacientes tenían uno o más de ellos, llamando la atención el caso de una paciente con 4 partos prematuros previos, y coincidiendo con lo expuesto por Kaltreider el cual encontró, que en dos o -- más partos de pretérmino previos, se aumenta el riesgo hasta un-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



70%. (26,30).

Johnson observó que aumentaba el número de partos de pretérmino, si había antecedentes de aborto del I y II trimestre, principalmente del segundo. En nuestros resultados encontramos que 50 (31.05%) pacientes, tenían un aborto del I trimestre y 12 (7.45%) tenían un aborto del II trimestre. (8,9,12,26,30).

Igual importancia se le ha dado a los óbitos previos y a las muertes neonatales, encontrando nosotros 8 pacientes (4.96%) con antecedentes de óbito fetal y 6 pacientes (3.72%) con antecedentes de muertes neonatales previas. (8,9,12,26,30).

En cuanto a edad gestacional, 18 (11.17%) productos tenían entre 24 y 28 semanas, 36 (22.36%) entre 29 y 32 semanas y 103 (63.97%) entre 33 y 36.6 semanas de gestación.

Es de hacerse notar que más de 36 pacientes tenían una edad gestacional entre 28 y 34 semanas de gestación, período en el cual se considera que se puede inducir madurez fetal pulmonar con corticoides (15,51), encontrando en nuestra investigación que sólo en 33 (20.49%) pacientes se utilizó alguno de estos medicamentos, quedando 22 pacientes (13.66%) sin esa oportunidad.

Al parecer el control prenatal fue adecuado ya que sólo 17 (10.55%) pacientes no lo tuvieron.

En cuanto a enfermedades concomitantes y complicaciones médicas del embarazo, 84 (52.17%) pacientes tenían alguna enfermedad o complicación, siendo la preclampsia con 15 pacientes-

(9.31%) la más frecuente, siguiendole la infección de vías urinarias con 13 (8.07%) pacientes, la hipertensión arterial crónica-9 (5.59%) pacientes, la incompetencia istmicocervical 9 (5.59%) pacientes y la inserción baja de placenta o placenta previa 6 (3.72%) pacientes, llamando la atención esta entidad, ya que se presenta en 1 de cada 200 a 225 embarazos según la bibliografía mundial, siendo mayor en nuestro medio. (2).

De las 161 pacientes, 64(39.75%) tuvieron algún sangrado en el transcurso del embarazo, siendo más frecuente en el I trimestre con 36 (22.36%) pacientes y 22 (13.66%) en el segundo-trimestre, este dato nos puede ser de utilidad como valor pronóstico de los embarazos.

De los 161 embarazos 150 (93.16%) eran sencillos y 11 (6.83%) eran gemelares, sabiéndose que la prematuridad es uno de los factores con mayor influencia sobre la morbilidad en los embarazos gemelares. (5).

De nuestro lote de pacientes 10 (6.2%) de ellas tenían 1 o más internamientos previos, con su repercusión económica que ello implica.

El número total de días invertidos en la estancia intrahospitalaria fué de 875 días, siendo el promedio global de los días requeridos 5.43 por paciente, bastante alto si tomamos en cuenta que los días de hospitalización por puerperio normales son de 2 días.

La morbilidad materna se vio incrementada, ya que 20 - (12.42%) pacientes, tuvieron alguna complicación. Siendo la anemia con 6 (3.72%) pacientes y la endometritis con mismo número - las principales.

Llama la atención en nuestro estudio que ocurrió una - muerte materna (0.62%), bastante alto si tomamos en cuenta que - la mortalidad materna a nivel mundial es de menos de 1 en 1000 - (0.01 %), figurando como primer factor de dicha letalidad la he- morragia, la causa de muerte materna de nuestro estudio fue he- morragia por atonia uterina postcesárea. (2,28,50).

La tasa de operación cesárea a nivel mundial es de 10% encontrando en nuestro estudio 50 (31.05%), ó sea hubo un aumen- to del 20%, la razón de esto es debido probablemente a que tam- bién se aumentó la incidencia en las presentaciones pélvicas ya- que a nivel mundial es de 3 a 4%, y en nuestro estudio se encon- tró en 24 (14.90%), siendo esta misma situación la principal cau- sa de las cesáreas 14(28 %), (2,28,50).

La ruptura de membranas es una de las principales cau- sas de partos de pretérmino, encontrando en nuestra serie 65 - - (40.37%) pacientes con ruptura de membranas lo cual es alta- mente significativo.

En relación a los productos obtenidos 97 (56.39 %) eran femeninos y 74 (43.02 %) eran masculinos, no pudiendose determi- nar en uno de ellos el sexo, se trataba de un óbito muy macerado.

De los bebés de pretérminos 156 (90.69 %) nacieron -- vivos y 16 (9.30 %) eran óbitos. De los nacidos vivos, 28 (17.94 %) murieron en el período neonatal, cifra semejante a la bibliografía mundial. (11,19,24).

La principal causa de muerte neonatal fué la Inmadurez fisiológica siendo 13 (46.62 %) productos los afectados, en segundo lugar la Depresión Neonatal Severa con 17 (25 %) productos Hipoxia Perinatal en 5 (17.85 %) y la Membrana Hialina en sólo 2 (7.14 %) pacientes, lo que no va de acuerdo con las cifras mundiales en las cuales las membranas hialinas ocupan el 50% de las muertes neonatales. (38).

En cuanto a la etiología de los óbitos se encontró en 8 (50 %) productos Insuficiencia Feto Placentaria.

Las calificaciones de apgar se encontraron como sigue: 54 (33.79 %) productos tuvieron entre 1-4 al minuto de nacidos, 29 (18.58 %) Productos entre 5-6, 55 (35.25 %) entre 7-8, con lo que se concluye que obtuvieron apgares mas bajos que la población normal.

VII. MEDIDAS PREVENTIVAS.

Dos son los métodos para prevenir un parto prematuro: el primero consiste en evitar embarazos no deseados, sobre todo en mujeres con riesgo elevado de parto prematuro; el segundo, - en contrarrestar o modificar los mecanismos que llevan al parto prematuro, sobre todo en mujeres que quieren tener hijos.

Para prevenir partos prematuros hay que conocer los mecanismos desencadenantes. Según lo dicho, los mecanismos casi siempre se desconocen; y, en los pocos casos en que se conocen, no se diagnostican o no se dispone de las medidas necesarias.

Se conocen los factores de riesgo elevado de parto -- pretérmino (cuadro 1), pero no se sabe si son causales o sólo concomitantes. Probablemente las causas sean múltiples, e interrelacionadas. La hipótesis es que al eliminar los factores de riesgo, se reduce el número de partos prematuros. Hay pocas pruebas para sustentar esta hipótesis pero de cualquier modo se recomienda seguir la siguiente conducta, ya que se podrían obtener múltiples beneficios.

PROBLEMAS ANTES DEL EMBARAZO	MEDIDAS
Condiciones socioeconómicas bajas.	Política, educativa, reforma social, dietética.
Embarazos no deseados.	Planeación Familiar.
Hábito de fumar	Abolirlo.
Alcoholismo	Abolirlo.

PROBLEMAS ANTES DEL EMBARAZO

MEDIDAS

Hipertensión arterial, diabetes sacarina, anemia, hipertiroidismo etcetera.	Diagnóstico precoz y tratamiento.
Infecciones urinarias	Antibióticos.
Antecedentes de aborto y parto-prematuro	Histerosalpingografía y biopsia-de endometrio; tratamiento en caso necesario.
Inductores de ovulación	Usarlos con cuidado.
Mismos que los de antes del embarazo.	Mismas que las de antes del embarazo.
Embarazo gemelar	Diagnóstico precoz y vigilancia adecuada.
Insuficiencia cervical	Cerclaje.
Presencia de dispositivo intrauterino.	Extracción.
Cardiopatías, hipertensión arterial, placenta previa, etcetera	Tratamiento médico y reposo en cama; vigilancia estrecha.
Infecciones de la madre	Tratamiento adecuado
Partos prematuros yatrógenos	Estudiar las condiciones del feto con Ultrasonografía y pruebas de madurez fetal.
Antecedentes de partos prematuros previos.	Medicamentos tocolíticos.
Intervenciones quirúrgicas abdominales.	Medicamentos tocolíticos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Mediante el porcentaje de riesgo atribuible, los factores de riesgo se pueden valorar mejor, determinando las prioridades. Las condiciones socioeconómicas bajas son las que más inciden en el número de partos prematuros. Si bien los mecanismos íntimos se desconocen, esta es una razón más para que los servicios asistenciales en nuestro país, luchan mejorando estas deficiencias.

Los antecedentes de abortos o partos prematuros son los que con mayor frecuencia indican un riesgo elevado de parto prematuro. Si las mujeres con estos antecedentes se presentan a consulta antes del embarazo, hay que estudiarlas para excluir anomalías del útero (con histerosalpingografía o histeroscopia), y defectos de la fase lútea (con biopsia de endometrio). Si se diagnóstica insuficiencia cervical por abortos repetidos del segundo trimestre, hay que practicar cerclaje del cuello a las 14-16 semanas. En cualquiera de los casos expuestos, si el diagnóstico es acertado se les puede brindar un tratamiento adecuado con probabilidades de éxito (1,23).

El uso de medicamentos tocolíticos puede estar indicado como medida preventiva rutinaria, en aquellas pacientes de antecedentes de partos prematuros previos y que además tienen uno o más factores de riesgo. El uso de corticoides para inducir madurez pulmonar fetal, debiera usarse en todas las pacientes en las cuales el parto de pretérmino es inevitable y se en-

cuentran entre 28 y 34 semanas de gestación. (15,43,45,51).

En cuanto al hábito de fumar, la medida es obvia. Este hábito debe evitarse antes del embarazo. Por lo que sabemos, no existen estudios a largo plazo, pero otros indican que el fumar produce muchos efectos adversos, aparte de relacionarse directamente con el parto prematuro. También se acompaña frecuentemente de desprendimiento de placenta, placenta previa y ruptura prematura de membranas. El consumo de alcohol debe proscribirse, por el riesgo que presenta el de parto prematuro así como - el síndrome alcohólico en el feto. (22,33,36,46).

La frecuencia de embarazos múltiples puede reducirse con el empleo cuidadoso de drogas de la "fecundidad", y postergando el embarazo por tres meses después de interrumpir anticonceptivos orales. En caso de embarazo múltiple, es muy importante el diagnóstico precoz. Puede ser útil determinar los niveles de hormona gonadotrofina materna y de lactogeno placentario y - alfafetoproteína fetal. Los mejores métodos diagnósticos son el examen físico y la Ultrasonografía, ya que este estudio permite diagnosticar el 90-95% de los embarazos múltiples. (5,11,23).

Una vez hecho tal diagnóstico, hay que restringir la actividad física (reposo en cama) de la mujer. Persson y colaboradores, en embarazos gemelares, han observado que si las mujeres permanecían en reposo en cama disminuían la frecuencia de prematuros y la mortalidad neonatal. (11,23).

El desprendimiento de placenta es raro, pero suele -- ocurrir en mujeres con hipertensión arterial y en las que fuman. Tratar precozmente la hipertensión y proscribir el consumo de ta baco son medidas útiles para disminuir la frecuencia del problema. En mujeres con antecedentes de desprendimiento de placenta, -- el trastorno puede presentarse en embarazos sucesivos con fre-- cuencia del 8 por 100. Estas mujeres no deberían embarazarse. -- En caso de desprendimiento de placenta, el embarazo debe interrumpirse según lo indiquen las condiciones de la madre y del feto.

La placenta previa es rara, pero suele ocurrir al au-- mentar el número de partos y la edad de la mujer. En estos casos la planeación familiar es la medida más efectiva. Los embarazos- múltiples y el hábito de fumar también suelen acompañarse de riesg o elevado de placenta previa. Las medidas a tomar ya han sido - mencionadas. Una vez hecho el diagnóstico de placenta previa, la mujer debe vigilarse en un hospital para evitar un parto prematur o.

Como se encontró en la Bibliografía y en nuestros re-- sultados, las complicaciones quirúrgicas durante el embarazo se- acompañan de un riesgo relativamente bajo de parto prematuro. Es to puede atribuirse, en parte al tratamiento adecuado complementario de prevención. En casos de hipertensión arterial y de cardiopatía, el diagnóstico precoz y el reposo en cama disminuyen - el riesgo de parto de pretérmino. Una anemia se diagnóstica y se

cura fácilmente, los exámenes de laboratorio usuales pueden demostrar la presencia de sífilis, gonorrea o infecciones urinarias asintomáticas. Con los tratamientos adecuados se pueden disminuir las complicaciones.

Las cesáreas repetidas no deberían ser factores contribuyentes de partos prematuros. La edad gestacional debe determinarse con toda precisión desde la primera consulta y cuando existe duda practicar una Ultrasonografía. Otro método útil es contar la edad gestacional a partir del momento en que se puede oír el foco cardíaco fetal con pinard o doptone, siendo también de utilidad las determinaciones seriadas del fondo uterino. Si cualquiera de los criterios mencionados no se cumple, o queda duda, no debería programarse la cesárea sin antes comprobar la madurez pulmonar del feto mediante amniocentesis. Si no se recurre a este procedimiento, otra alternativa es la de esperar que el parto se inicie espontáneamente.

En conclusión, la frecuencia de partos prematuros es una de las complicaciones más importantes del embarazo. Avances importantes han ocurrido en tratamientos de urgencia como son el empleo de fármacos tocolíticos para evitar el parto prematuro y los cuidados intensivos neonatales. Pero estas medidas son costosas; además son accesibles a muy pocas mujeres y no están exentas de peligro. Prevenir el parto prematuro es la única medida útil para reducir la mortalidad perinatal. Mejorar las condicio-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

nes socioeconómicas, fomentar la planeación familiar, disminuir la actividad física en caso de embarazos múltiples o de complicaciones médicas o quirúrgicas, y procribir el consumo de tabaco, todas son medidas eficaces para reducir gravedad y frecuencia del parto de preteérmino.

VIII. RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1.- Se revisaron 161 casos de partos de pretérmino que ocurrieron en la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del I.S.S.S.T.E., durante el período comprendido entre el 30 de septiembre de 1980, al 29 de septiembre de 1981.
- 2.- Se utilizó el peso como referencia para clasificar a los productos en pretérmino, a excepción de los provenientes de madres pre o diabéticas.
- 3.- Los productos con peso de 25000 grs. o menor entraron en este estudio, independientemente de la edad gestacional.
- 4.- Se analizaron varias características maternas, las cuales se consideran factores de riesgo del parto de pretérmino en función de la frecuencia con que lo acompañan.
- 5.- El mayor número de partos de pretérmino, se presentó en mujeres trabajadoras, 96 (59.62 %) pacientes.
- 6.- La edad materna, el estado civil y el grupo sanguíneo, no se encontró que tuvieran alguna influencia importante en la frecuencia de los partos de pretérmino.
- 7.- Encontramos que 35 (21.73 %) de nuestras pacientes, eran fumadoras habituales, y 14 (18.69 %) pacientes ingerían

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

alcohol con cierta regularidad.

- 8.- Se encontró en 44 (27.32 %) de las pacientes, cifras de hemoglobina por abajo de 11 grs.
- 9.- El riesgo mayor de partos de pretérmino, se encontró en primigestas 41 (25.46 %) y Multigestas 56 (34.78 %).
- 10.- El 25.46 % de nuestras pacientes tenían uno o más partos de pretérmino previos.
- 11.- De las pacientes estudiadas, 62 (38.50 %) tenían uno o más abortos del I o II trimestre.
- 12.- El riesgo de partos de pretérmino, en pacientes con antecedentes de óbitos o muertes neonatales previas es bajo, ya que sólo 14 (8.68 %) lo tenían.
- 13.- La edad gestacional en la cual, es mayor el número de partos de pretérmino, es entre las 33 y 36.6 Semanas de gestación.
- 14.- Sólo 17 (10.55 %) de nuestras pacientes, no tuvieron control prenatal.
- 15.- De nuestras pacientes estudiadas, 84 (52.17 %) tenían alguna enfermedad o complicación concomitante con el embarazo, siendo la preclampsia con 15 pacientes (9.31 %), la más --

frecuente siguiendole la infección de vías urinarias con 9 pacientes (5.59 %) y la incompetencia istmico cervical con mismo número en frecuencia.

- 16.- En 64 (39.75 %) de nuestras pacientes, existía el antecedente de sangrado TV en algún momento del embarazo.
- 17.- El promedio global de días hospitalarios fué de 5.43 días por paciente, sin tomar en cuenta los internamientos previos que tuvieron 10 de nuestras pacientes.
- 18.- La morbilidad materna se vio representada, principalmente por la anemia con 6 (3.72 %) pacientes, lo mismo que la endometritis. Veinte de nuestras pacientes (12.42 %) tuvieron alguna complicación después de la resolución del embarazo. Llamando la atención una muerte materna, por hemorragia debida a atonia uterina postcesárea.
- 19.- Se incremento la tasa de operación cesárea hasta 31.05%, debido al aumento de presentaciones pélvicas (14.90 %).
- 20.- Se encontró, en 65 (40.37%) de nuestras pacientes, ruptura prematura de membranas, señalándose como la principal causa de esta entidad.
- 21.- De los productos obtenidos, 156 (90.69 %) nacieron vivos y 16 (9.30 %) eran óbitos.


- 22.- De los nacidos vivos, 28 (17.94 %) murieron en el período neonatal, siendo la Inmadurez Fisiológica con 13 (46.62 %) productos la principal causa.
- 23.- De los productos obtenidos vivos, 82 (52.37 %) recibieron una calificación de apgar de 6 o menor al minuto.
- 24.- Las principales medidas preventivas recomendadas son:
Evitar embarazos no deseados y contrarrestar o modificar los mecanismos que llevan al parto prematuro.
- 25.- Para lograr los objetivos de las medidas preventivas se -
debera primero mejorar las condiciones socioeconómicas de
nuestra población, una adecuada planeación familiar, con
trol prenatal regular, abolición de hábitos y toxicomá-
nias, diagnóstico precoz y tratamiento de enfermedades --
que sean concomitantes con el embarazo, uso adecuado de -
medicamentos tocolíticos e inductores de madurez pulmonar
en los casos que lo ameriten.

IX. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bennett, M J. Puerperal Ultrasonic Hysterography in the -- Diagnosis of congenital Uterine malformations. Br. J. Obstetrics. Gynecol. 83:389, 1976.
- 2.- Benson, R.C. Diagnóstico y Tratamiento Ginecobstétricos. - 1a. ed. 1979. Editorial El Manual Moderno. S.A.
- 3.- Bravo, S.F. Alvarado, D.A. García, H T Ruiz, M.J.A. Vulvo vaginitis. Rev. Fac. Med. 4: 6, 1976.
- 4.- Bravo, S.J. Cinco, E.C. Cruz, R.P. Flora Bacteriana en Ginecología y Obstetricia. Ginec. Obstet. Méx. 41:185, 1977.
- 5.- Chávez, A.J. Consideraciones sobre el Embarazo Gemelar. Ginec. Obstet. Méx. 47: 241, 1980.
- 6.- Cousins, L.M. Hobel, C.J. Chang, R.J. Okada, D.M. Marshall J.R. Serum Progesterone and Estradiol-17 beta levels in -- premature and term labor. Am. J. Obstet. Gynecol. 127:612-1977.
- 7.- Daikoku, N.H. Burnhill, M.S. Diagnóstico de prematuridad y de parto prematuro. Clin. Obstet. Ginecol. 1:71, 1980.
- 8.- Fedrick, J. Anderson, A.B.M. Factors Associated With Spontaneous Preterm Birth. Br. J. Obstetrics. Gynecol. 83:342, 1976.
- 9.- Fedrick, J. Antenatal Identification of Women at High Risk Of Spontaneous Preterm Birth. Br. J. Obstetrics. Gynecol. - 83: 351, 1976.
- 10.- Finberg, H J Birnhoiz, J.C. Ultrasounds Observations in - Multiple Gestation with First Trimester Bleeding: The Blighted Twin. Radiology 132:137, 1979.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 11.- Fuchs, F. Prevention of prematurity. Am. J. Obstet. Gynecol 126: 809, 1976.
- 12.- Funderburk, S.J. Guthrie, D. Meldrum, D. Suboptimal pregnancy outcome among women with prior abortions and premature births. Am. J. Obstet. Gynecol. 1: 55, 1976.
- 13.- Funderburk, S.J. Guthrie, D. Meldrum, D. Outcome of pregnancies complicated by early vaginal bleeding. Br. J. Obstet.-Gynecol. 87: 100, 1980.
- 14.- Garfield, R.E. Rabideau, S. Challis, J.R.G. Daniel. E.E. -- Ultrastuctural basis for maintenance and termination of -- pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol. 133: 308, 1979.
- 15.- Hadjigeorgiou, E. Kitsiou, S. Psaroudakis, A. Segos, C. Nicolopoulos, D. Kaskarelis, D. Antepartum aminophylline -- treatment for prevention of the respiratory distress syndrome in premature infants. Am. J. Obstet. Gynecol. 135: 257,-1979.
- 16.- Halliday H.L. Hirata, T. Perinatal Listeriosis. A review of twelve patients. Am. J. Obstet. Gynecol. 133: 405, 1979.
- 17.- Harris, R.E. and Gilstrap, F. and L. Prevention of Recurrent Pyelonephritis During Pregnancy. Obstetrics. Gynecol 44: -- 637, 1974.
- 18.- Hartikainen, A. Sorri, L. Kaila, J. Systemic Lupus Erythematosus and Habitual Abortion. Case Report. Br. J. Obstet. -- Gynecol. 87: 729, 1980.
- 19.- Hermandez, M.J.A. Fernandez, L.G. Alvarado, V.G. Morayta, -- R.C.A. Pezzoti, R.M.A. Atención del recién nacido de pre- -- término sano. Rev. Fac. Med. 2: 5, 1982.
- 20.- Hernández, M.J.A. Hacker, F. Rodríguez, M. Reanimacion del- recién nacido. Rev. Fac. Med. 9: 294. 1982.



 TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- 21.- Herrera, L.F. Amador, D.T. Diáz, D.J. Martínez, Z.P.G. Montalvo, S. M.J.R. Sahagún, W.J.A. Complicaciones quirúrgicas en el embarazo. Rev. Fac. Med. 11:5, 1980, 12:4, 1980.
- 22.- Joffe, J.M. Influencia sobre el periodo perinatal de la exposición a drogas por parte del padre. Clinics. Perinat. -- 1: 22, 1979.
- 23.- Johnson, J.W.C. Dubin, N.H. Prevención del parto prematuro. Clin. Obstet. Ginecol. 1: 49, 1980.
- 24.- Johnson, J.W.C. Aspectos Obstetricos Del Parto Antes Del -- Término. Clin. Obstet. Ginecol. 1:15, 1980.
- 25.- Joyce, E. Harris. T.R. Asociación de ruptura de membranas - con síndrome de Insuficiencia Respiratoria Idiopática. Obstetrics. Gynecol. 49: 167, 1977.
- 26.- Kaltreider, D.F. Kohl, S. Epidemiología del parto prematuro Clin. Obstet. Ginecol. 1: 17, 1980.
- 27.- Kajanoja, P. Widholm, O. Pregnancy and Delivery in women - aged 40 and over. Obstetrics. Gynecol. 51: 47, 1978.
- 28.- Kaser, O. Friedberg. V. Ober, K.G. Zander, J. Causas y momento de la iniciación del parto. Embarazo y Parto. Tomo II Ginecología y Obstetricia. Primera edición. Salvat Editores S.A. Barcelona España. Pags. 447-467.
- 29.- Kaufman, R.R. Binder, G.L. Milton, G.P. Adam, E. Upper genital tract changes associated with exposure in utero to - diethylstilbestrol. Am. J. Obstet. Gynecol. 128: 51. 1977.
- 30.- Keirse, M.J.C. Rush, R.W. Anderson, A.B.M. Turnbull, A.C. - Risk or Preterm Delivery in Patients with Previous Preterm-Delivery and/or Abortion. Br. J. Obstetrics. Gynecol. 85: - 81, 1978.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 31.- Krishna, K. Tobacco Chewing in Pregnancy. Br. J. Obstetrics Gynecol. 85: 726, 1978.
- 32.- Lechtig, A. Delgado, H. Yarbrough. CH, Habicht, J.P. Martorell, R. Klein, R.E. A simple assesment of the risk of low birth weight to selectwomen. for nutritional intervention. Am. J. Obstet. Gynecol. 1: 25, 1976.
- 33.- Lehtovirta, P. Forss, M. The acute Effect of Smoking on Intervillous Blood Flow of the Placenta. Br. J. Obstetrics - Gynecol. 85: 729, 1978.
- 34.- López, G.R. Chávez, A.J. García, A.A. Lowenberg, F.E. Paniagua H. Valdes. M.E. Complicaciones Médicas del Embarazo. Rev. Fac. Med. 12: 5, 1979, 1: 4, 2:4, 1980.
- 35.- Lozano, G.C. Delgadillo, A.J. Fernandez, L.G. Hernández, M. J. A. Sarasqueta, V.P.M. Segura, R.M.A. Vizuet, M.R. El - cuidado Intensivo Neonatal. Rev. Fac. Med. 6: 237, 1982.
- 36.- Naeye, R.L. Effects of maternal cigarette smoking on the - fetus and placenta. Br. J. Obstetrics. Gynecol. 85: 732, - 1978.
- 37.- Naeye, R.L. Peters, E.C. Causes and Consequences of Premature Rupture of Fetal Membranes. Lancet. 26: 192, 1980.
- 38.- Nelson, W.E. Vaughan, V.C. Mckay, R.J. Tratado de Pediatría sexta edición, Tomo I Editorial Salvat. S.A. Pags. 262-268.
- 39.- Octavio, M.L F. Martinez, S.R. De La Torre, R.F. Manzanilla, S.R. Casanova, A.N. Valor Pronóstico Del Estudio Histopatológico del Cordón Umbilical en la Ruptura Prematura de Membranas. Ginec. Obstet. Mex. 44: 29, 1978.
- 40.- Ortiz, Q.F. Infección de las Vías Urinarias. Rev. Fac. Med. 3: 36, 1980.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- 41.- Pezzoti, M.A. Alvarado, V.G. Segura, R.M.A. Fernandez, L.G. Sarasqueta. V.P. Atención del recién nacido sano. Rev. Fac. Med. 7: 4, 1981.
- 42.- Pomerance, J.J. Ukrainski, C.T. Ukraat, Henderson, D.H. Nash A.H. Meredith, J.L. Cost of Living for Infants Wighing -- 1000 grs. or less at birth. Pediatrics. 61: 908, 1978.
- 43.- Pommier, C.M. Martinez, M.R. Lowenberg. F.E. Proposición de un método para evaluar el pronóstico de la amenaza de parto prematuro y las posibilidades de éxito en el tratamiento. - Índice Tocolítico. Ginec. Obstet. Méx. 40: 173, 1979.
- 44.- Regan, J.A. Chao, S. James, L.S. Premature Rupture of Membranes preterm delivery, and group B streptococcal colonización of mothers. Am. J. Obstet. Gynecol. 141: 184, 1981.
- 45.- Robinson, N.J. Johnson, J.W.C. Inhibición del parto prematuro. Clin. Obstet. Ginecol. 1: 111, 1980.
- 46.- Rosett, H.L. Eileen, Oullette, Weiner, L. Owens, E. Therapy or Heavy Drinking During Pregnancy. Obstetrics. Gynecol. -- 51: 41, 1978.
- 47.- Ruiz, V.V. Rosas, A J Matute, R.M.M. Hernández, D.A. Evolución de los embarazos en pacientes estériles tratadas. Ginec. Obstet. Méx. 45: 91, 1979.
- 48.- Tatum, W.J. Schimdt, F.H. Jain, A.K. Management and outcome of pregnancies associated with the copper T intrauterine contraceptive device. Am. J. Obstet. Gynecol. 126: 869, 1976.
- 49.- Vargas. L.E. Ruvalcaba, H.D. Martinez, E.G.A. Aspectos obstétricos en pacientes de mas de 40 años. Ginec. Obstet. Mex 46: 183, 1979.
- 50.- Williams, J.W. Hellman, L.M. y Pritchard, J.: Obstetricia -- primera edición. Salvat Editores S.A. 1973.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 51.- Young. B.K. Klein, S.A. Katz, M. Wilson, S.J. Douglas, G.W.
Intravenous dexamethasone for prevention of neonatal respi-
ratory distress: A prospective controlled study.
Am. J. Obstet. Gynecol. 138: 203, 1980.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA