

11217



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

133

2j

FACULTAD DE MEDICINA  
División de Estudios de Posgrado  
Hospital General "Dr. Dario Fernández Fierro"  
I.S.S.S.T.E.

**EVALUACION DE LOS FACTORES DE RIESGO  
EN LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO**

**- TESIS DE POSGRADO -**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

Especialista en Ginecoobstetricia

P R E S E N T A

DR. EDUARDO ROA PRADO



México, D. F.

Noviembre 1996

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

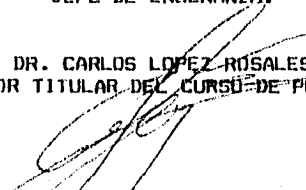
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"

I. S. S. S. T. E.

  
ASESOR DE TESIS:

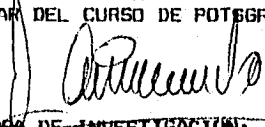
DR. ALBERTO CHAVEZ MERLOS  
MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE GINECOODSTETRICIA

JEFE DE ENSEÑANZA:

  
DR. CARLOS LOPEZ ROSALES  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO

JEFE DEL SERVICIO DE GINECOODSTETRICIA:

DR. JORGE HUGO CISNEROS LUGO.  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO

  
COORDINADORA DE INVESTIGACION:

DRA. NURIA GISPERT CRUELLES  
MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE PATOLOGIA

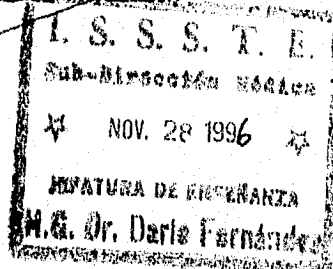


ISSSTE

Subdirección General Médica  
Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación  
Departamento de Investigación

29 NOV. 1996

nov. - 1996



## **AGRADECIMIENTOS :**

### **A mis Padres:**

Por su sacrificio y ayuda incondicional que hicieron posible la culminación de mi carrera profesional.

J. Carmén Roa Orozco  
Ma. de la Luz Prado A.

### **A mis Hermanos (as):**

Por todo su apoyo brindado

Heriberto  
José Antonio  
Ma. del Carmén  
Adriana  
Ricardo  
Erick Fernando

### **A mi Esposa e Hijos:**

Por su apoyo, paciencia y sacrificios; y que con su amor y cariño me dieron fuerzas para seguir adelante.

Ma. de los Angeles  
Oscar Eduardo

### **A mis Maestros:**

Que con sus conocimientos y experiencias contribuirán a mi formación.

Entre más grandes sean las dificultades y penas impuestas por el deber y afrontadas con fidelidad mayor será la alegría de haber vivido con dignidad y buena conciencia.

## INDICE

	PAGINA
1. RESUMEN .....	1
2. INTRODUCCION .....	2
3. MATERIAL Y METODOS .....	5
4. RESULTADOS Y GRAFICAS .....	6
5. COMENTARIO .....	14
6. CONCLUSIONES .....	15
7. BIBLIOGRAFIA .....	16

## RESUMEN

Cincuenta pacientes con amenaza de parto pretérmino, membranas amnióticas intactas y edad gestacional de 28 a 36 semanas fueron estudiadas en el Hospital General Dr. Dario Fernández Fierro. Esta es una complicación frecuente en nuestro medio. Se evaluarón los factores de riesgo relacionados con el trabajo de parto pretérmino. La edad en que aparece más frecuentemente es entre 25 y 29 años. La edad gestacional en que ocurre más es de 34 a 36 semanas. La causa más frecuente es infección urinaria. Comúnmente hay anemia hipocrómica.

## SUMMARY

Fifty patients with preterm labor, complete amniotic membranes and gestational age between 28-36 weeks' were studied at the Hospital Dario Fernández Fierro. This is a frequent complication in our population. We evaluate the risk factors related with the preterm labor. The presentation age was between 25-29 years and the gestational age between 34-36 weeks'. The most frequently encountered cause was urinary infection and very often there is Hipocromic anemia.

## INTRODUCCION

Se define como amenaza de parto pretérmino, a la presencia de actividad uterina dolorosa, irregular, que se presenta entre las 28 y 36 semanas de gestación. el parto pretérmino ocurre en 7 a 10 % de las gestaciones. los factores de riesgo relacionados con el trabajo de parto pretérmino son los siguientes: edad materna de 19 años o menos, 40 años o más; madre soltera; medio socioeconómico bajo; raza diferente a las blanca; tabaquismo; bajo peso materno; antecedentes de amenaza de aborto; una historia previa de hemorragia antes del parto; antecedentes obstétricos adversos; gestación múltiple; anomalías en el volumen de líquido amniótico; pero sobre todo problemas infecciosos intercurrentes al embarazo, principalmente la infección amniótica por ruptura prematura de membranas inadvertidas y las infecciones de vías urinarias (1).

Es de gran importancia tratar de identificar y eliminar el agente causal de la contractilidad uterina prematura en vista de la gran morbilidad perinatal que ocurre cuando nace un producto prematuro; la causa de mortalidad más frecuente es la alteración respiratoria secundaria a inmadurez pulmonar.

El parto pretérmino es responsable de cerca del 70 % de toda la mortalidad neonatal y hasta un 85 % cuando la mortalidad neonatal se asoció con anomalías congénitas (2).

Tal vez el factor de riesgo más predictivo de parto pretérmino sea la gestación múltiple. La admisión hospitalaria preventiva para prolongar el embarazo en estas pacientes no ha sido satisfactoria (3,4).

Entre otros factores de riesgo que aumentan la incidencia de parto pretérmino están las malformaciones uterinas, incompetencia cervical y partos pretérminos espontáneos previos. La terapéutica tocolítica profiláctica no prolonga significativamente estas gestaciones.

El tabaquismo materno no tiene un efecto adverso en la incidencia de parto pretérmino excepto en embarazos con alto riesgo (5).

Otros factores que se consideran importantes en la presentación de parto pretérmino son: madre soltera, bajo peso, retardo en el crecimiento intrauterino, hipertensión severa y malformaciones congénitas. El trabajo en casa y fuera de casa no es un factor de riesgo significativo en la amenaza de parto pretérmino (6).

La infección del aparato genitourinario juega un papel importante en la ruptura prematura de membranas y del parto pretérmino. En cerca del 25 % de los casos, el parto pretérmino es precedido por ruptura de las membranas amnióticas (7,8). Múltiples estudios indican que el riesgo de parto pretérmino espontáneo aumenta hasta un 60 % en mujeres con una disminución del incremento ponderal durante la gestación (9).

También se ha reportado un aumento significativo de riesgo de parto pretérmino en pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerativa (10).

Un aumento en la actividad uterina es el predictor más sensible de amenaza de parto pretérmino (11).



Se ha visto una reducción en la presentación de parto pretérmino en las pacientes consideradas de alto riesgo y que recibieron un curso prenatal consistente en educación acerca de los síntomas de la amenaza de parto pretérmino, visitas prenatales frecuentes y asesoramiento de los signos de amenaza de parto pretérmino (Ej. dilatación cervical). Reducción del stress y corrección de los factores de riesgo identificados (Ej. tabaquismo) (12,13,14).

La finalidad de nuestro estudio es analizar los factores de riesgo más frecuentemente observados en las pacientes que acuden con amenaza de parto pretérmino en nuestro medio.

## MATERIAL Y METODOS

Durante el periodo comprendido entre el 10 de Enero al 30 de Junio de 1991, fueron revisados 50 casos de pacientes en el Hospital General Dr. Dario Fernández Fierro que cursaban con embarazo entre 28 y 36 semanas, complicado con amenaza de parto pretérmino, diagnosticada por corroboración clínica de contracciones uterinas en el momento de su ingreso al Hospital vía urgencias de Ginecoobstetricia y en ellas se analizaron los siguientes parámetros: a) Edad. b) Número de gestaciones. c) Edad gestacional. d) Interrogatorio directo sobre antecedentes con repercusión actual. e) Exploración física, que incluyó examen del cérvix, vagina y de la bolsa amniótica. f) Examen general de orina y urocultivo. g) Cifras de Hemoglobina.

## RESULTADOS

a) Edad: La edad estuvo entre 16 y 40 años, con una media de 26.7 años, observándose la mayor frecuencia de casos entre 25 y 29 años con dieciocho (36 %) siguiendo en orden descendente de frecuencia el grupo de 30 a 34 años con doce casos (24 %), el de 20 a 24 años con once casos (22 %), seguido del grupo de 35 a 39 años con cinco casos (10 %). El grupo de las adolescentes de 15 a 19 años con dos casos (4 %), con una cifra similar el grupo de más de 40 años, con dos casos de 40 años (4 %) (Fig. 1).

b) Número de gestaciones: El número de gestaciones estuvo entre 1 y 7 con una media de 2.5, la mayor frecuencia de casos ocurrió en las primigestas con dieciséis casos (32 %) siguiéndole en menor frecuencia en orden descendente las secundigestas con catorce casos (28 %), las tercigestas con nueve casos (18 %), las multigestas con ocho casos (16 %) y las cuartas gestas con tres casos (6 %) (Fig. II).

c) Edad gestacional: La edad gestacional más frecuentemente observada en las pacientes que acudieron con amenaza de parto pretérmino fué entre 34 y 36 semanas con treinta y seis casos (72 %), siguiéndole el grupo de 31 a 33 semanas con diez casos (20 %) y en menor frecuencia el grupo de 28 a 30 semanas con cuatro casos (8 %); con una media de 33.8 semanas (Fig. 3).

d) Interrogatorio directo sobre antecedentes con repercusión actual:

e) Exploración física, que incluyó examen de cérvix, vagina y de la bolsa amniótica:

f) Examen general de orina y urocultivo:

Mediante el interrogatorio directo, exploración física y exámenes paraclínicos se estableció la siguiente relación de padecimientos intercurrentes al embarazo, observándose lo siguiente: La complicación más frecuentemente observada fué la infección urinaria en 34 casos (68 %), es de interés mencionar que la mayor parte de los urocultivos efectuados en este grupo de pacientes fueron positivos para E.Coli; seguido en orden de frecuencia de embarazo gemelar en 4 casos (8 %), cervicovaginitis en 4 casos (8 %), polihidramnios en 3 casos (6%), placenta previa en 3 casos (6 %), incompetencia istmico cervical en un caso (2 %) y embarazo con DIU in situ en un caso (2 %) (Tabla 1).

Además se observó que la mayoría de las pacientes con amenaza de parto pretérmino pertenecían a la clase socioeconómica media y la mayoría eran casadas a excepción de tres que resultaron ser solteras. El tabaquismo estuvo presente en dos pacientes; once pacientes tenían deficiencia de cuidados prenatales; diez pacientes tenían antecedente de aborto y once de parto pretérmino; cuatro pacientes con antecedente de cesárea previa. Vale la pena mencionar que cuatro pacientes desarrollaron preeclampsia leve durante el embarazo y un producto anencefálico coexistente con polihidramnios.

g) Cifras de Hemoglobina: Las cifras de Hemoglobina encontradas en este grupo de pacientes fueron: treinta y ocho casos con Hb menor de 12 g (76 %) y solo doce (24 %) se ~~en-~~ encontraron con Hb superior a 12 g. de ellas hubo un solo caso de anemia intensa con Hb menor de 8 g (2 %), quince con Hb entre 8.1 y 10 g (30 %), veintidos con Hb entre 10.1 a 12 g (44 %) (Tabla II).

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

EDAD DE LAS PACIENTES

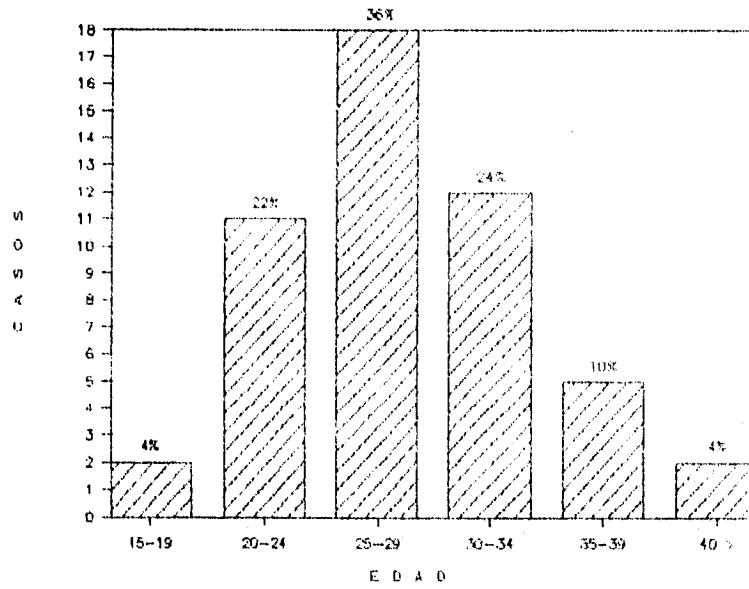


Figura I

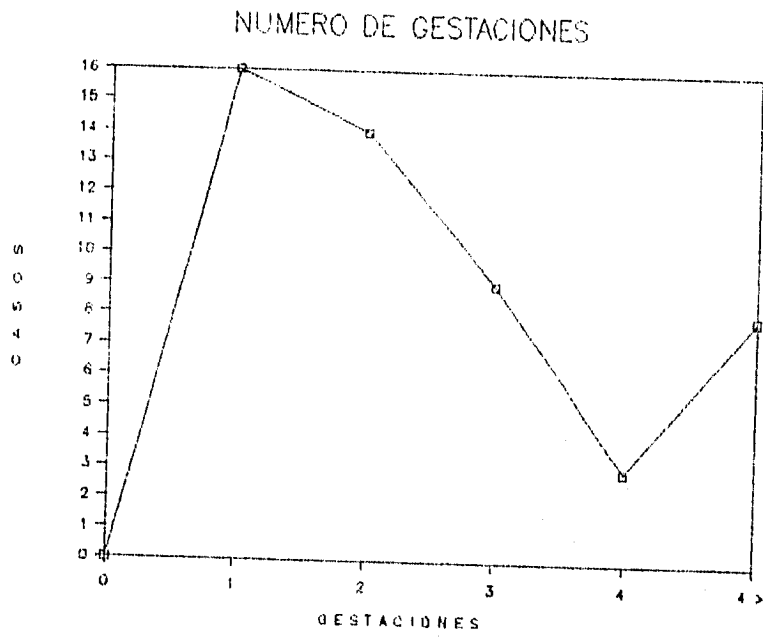


Figura 2

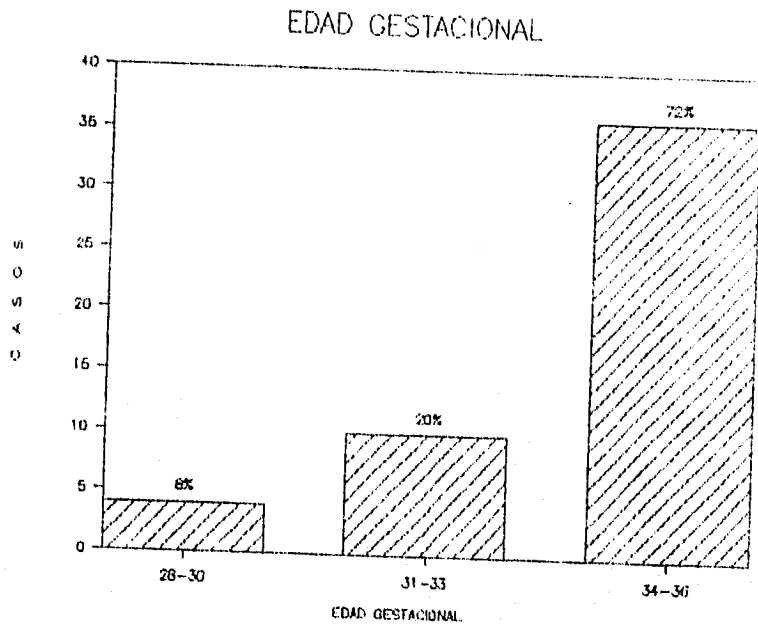


Figura 3



FACTOR ETIOLOGICO PROBABLE

Causa probable	Casos	%
Infección Urinaria	34	68.00
Incompetencia istmico-cervical	1	2.00
Embarazo gemelar	4	8.00
Polihidramnios	3	6.00
Cervico vaginitis	4	8.00
DIU in situ	1	2.00
Placenta Previa	3	6.00
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.00</b>

Tabla 1

CIFRA DE HEMOGLOBINA

Cifra de Hb	Casos	%
< 8 g Hb	1	2.00
8.1 a 10 g Hb	15	30.00
10.1 a 12 g Hb	12	44.00
> 12 g Hb	12	24.00
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.00</b>

Tabla II

#### COMENTARIO

Respecto a la edad más frecuentemente encontrada en las pacientes con amenaza de parto pretérmino se observó un promedio de edad de 26.7 años, con más casos entre el grupo de 25 a 29 años (36 %) dato concordante con lo informado en otra publicación (15).

El número de gestaciones donde ocurrió con más frecuencia la amenaza de parto pretérmino fué en las primigestas en contraste con otras referencias que mencionan una frecuencia más alta en las secundigestas (15,16).

En lo que se refiere a la edad gestacional más frecuentemente observada fue entre 34 y 36 semanas a semejanza de otra referencia (16).

Respecto a las anomalías maternas encontradas, en el momento que la paciente ingresó al Hospital con amenaza de parto pretérmino, las infecciones de vías urinarias ocuparon el primer lugar de todas las causas probables, dato concordante con otras publicaciones (1,15), le siguieron en orden de frecuencia el embarazo gemelar y las cervicovaginitis; otras alteraciones menos frecuentemente observadas fueron polihidraamios, placenta previa, incompetencia istmo cervical y DIU in situ.

La anemia hipocrómica fué observada en un número muy importante de las pacientes con amenaza de parto pretérmino y es posible que éste sea un factor predisponente al desencadenamiento de la actividad uterina prematura, dadas las condiciones inadecuadas para el bienestar materno fetal provocado por esta complicación.

### CONCLUSIONES

1. La amenaza de parto pretérmino es una complicación frecuente en nuestro medio y no necesariamente ligada al parto pretérmino.

2. La edad en que se presenta más frecuentemente la amenaza de parto pretérmino es de 25 a 29 años.

3. Las primigestas son las más afectadas por esta complicación.

4. La edad gestacional en que ocurre más frecuentemente la amenaza de parto pretérmino es entre las 34 y 36 semanas.

5. La causa más frecuente de amenaza de parto pretérmino es la infección urinaria.

6. Las causas que ocupan el segundo lugar en frecuencia son el embarazo gemelar y las cervicovaginitis.

7. La anemia hipocrómica está comúnmente asociada a la amenaza de parto pretérmino.

8. La prevención de la prematuridad es el propósito principal de todos los cuidados obstétricos. La historia clínica y la exploración física inicial deben registrar de manera cuidadosa y completa cualquier factor de riesgo, y la corrección del mismo pueden ayudar a disminuir la frecuencia de esta complicación mediante diagnóstico y tratamiento oportuno.

BIBLIOGRAFIA

1. Iams JD; Johnson FF; Creasy RK. Prevention of Preterm Birth. Clin-Obstet-Gynecol; 1988 Sep; 31 (3); P 599-615.
2. Goldenberg RL; Davis RO. The Alabama Birth Prevention Project. Obstet Gynecol; Vol.75, No.6, June 1990.
3. Yawn BP; Yawn RA. Preterm Birth Prevention in a rural practice, JAMA, 1989; 262;230-3.
4. C.A. Croether, J.P. Neilson, D.A.A. Verkuyl. Preterm labour in twin pregnancies: can it be prevented by hospital admission?. British Journal of Obstetrics and Gynecology July 1989, Vol. 96, pp. 850-853.
5. William E. Roberts, MD; John C. Morrison, MD. The Incidence of Preterm Labor and Specific Risk Factors. Obstet Gynecol; 76:855, 1990.
6. Anna-Liisa Hartikainen-Sorri, MD, and Martti Sorri, MD. Occupational and Socio-Medical Factors in Preterm Birth. Obstet Gynecol; 74:13, 1989.
7. Drife J. Infection and Preterm Birth. Br-J-Obstet-Gynecol; 1989 Oct; 96 (10); P 1128-32.
8. Miklos Tuth, MD, Steven S. Witkin, PhD. The Role of Infection in the Etiology of Preterm Birth. Obstet Gynecol 71:723, 1988.
9. Barbara Abrams, DrPH, RD, Vicky Newman, MS. Maternal Weight Gain and Preterm Delivery. Obstet Gynecol 74: 577 1989.

10. Donna Day Baird, M. Narendranathan and Roberts S. Sandler. Increased Risk of Preterm Birth for Women With Inflammatory Bowel Disease. Gastroenterology Vol. 97 No.4 Oct 1990.

11. Jay D. Iams, MD, Francee F. Johnson, RN, BSN. Uterine Activity and Symptoms as Predictors of Preterm Labor. Obstet Gynecol 76: 425, 1990.

12. Tams JD, Johnson FF, D'Shaughnessy RW A. prospective random trial of home uterine activity monitoring in pregnancies at increased risk of preterm labor: Part II Am J Obstet Gynecol 1988; 159:595-603.

13. Jhon Owen, MD, Roberts L. Goldenberg, MD. Evaluation of a risk scoring system as a predictor of preterm birth in an indigent population. Am J Obstet Gynecol 1990; 163:873-9.

14. Robert K. Creasy, MD, and Irwin R. Merkatz, MD. Prevention of preterm Birth: Clinical Opinion. Obstet Gynecol 76:26, 1990.

15. Martinez E,G A et al: Common etiologic factors in threatening premature labor. Gin. Obst. MEX. 1985; 53:345.

16. Robert L. Boldenberg, MD, Richard D. Davis, MD. Study of preterm birth draws different interpretation. Am J Obstet Gynecol Vol.162 No.6,; June 1990.