

80

11237



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CARACTERÍSTICAS PERINATALES Y
SOCIODEMOGRÁFICAS DE RECIEN
NACIDOS CON PESO MENOR DE 1500 g.
ESTUDIO DE 80 CASOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
P E D I A T R A
P R E S E N T A :
DRA. VERÓNICA CHIMALPOPOCA ZAMBRANO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MÉXICO, D.F.

ABRIL 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

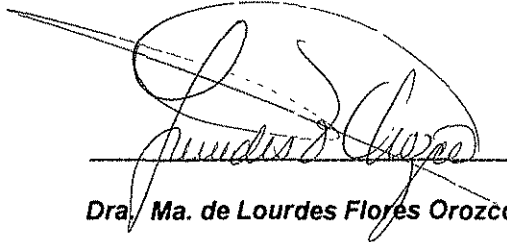
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

CARACTERÍSTICAS PERINATALES Y
SOCIODEMOGRÁFICAS DE RECIEN NACIDOS
CON PESO MENOR DE 1500 g.
ESTUDIO DE 80 CASOS.

APROBACIONES



Dra. Ma. de Lourdes Flores Orozco

Médico Adscrito al servicio de neonatología

Asesor de Tesis



**SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
DIVISION DE ENSEÑANZA**

Dr. Jorge Alberto Del Castillo Medina

Profesor Titular del Curso Universitario

de Especialización en Pediatría

Jefe de la División de Enseñanza



**SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

ÍNDICE

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES GENERALES	3
JUSTIFICACION	9
HIPOTESIS	9
OBJETIVOS	10
METODOLOGIA DEL DESARROLLO	11
RESULTADOS	
- SEXO	13
- SEMANAS DE GESTACION	13
- PESO	13
- CALIFICACION DE APGAR	13
- EDAD DE LA MADRE	14
- PARIDAD	14
- CONTROL PRENATAL	14
- ESCOLARIDAD	15
- ESTADO CIVIL	15
- VIA DE NACIMIENTO	15
- RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	16
- PATOLOGIAS AGREGADAS	16
- MORBIMORTALIDAD	17
ANEXOS	19
DISCUSION	36
CONCLUSION	40
RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS	43

ANEXOS

- CUADRO Y GRAFICA 1 DISTRIBUCION SEGÚN EL SEXO	19
- CUADRO Y GRAFICA 2 SEMANAS DE GESTACION	20
- CUADRO Y GRAFICA 3 DISTRIBUCION POR PESO	21
- CUADRO Y GRAFICA 4 APGAR AL MINUTO	22
- CUADRO Y GRAFICA 5 APGAR A LOS CINCO MINUTOS	23
- CUADRO Y GRAFICA 6 EDAD DE LAS MADRES	24
- CUADRO Y GRAFICA 7 NUMERO DE GESTACIONES	25
- CUADRO Y GRAFICA 8 CONTROL PRENATAL	26
- CUADRO Y GRAFICA 9 NUMERO DE CONSULTAS	27
- CUADRO Y GRAFICA 10 ESCOLARIDAD	28
- CUADRO Y GRAFICA 11 ESTADO CIVIL	29
- CUADRO Y GRAFICA 12 VIA DE NACIMIENTO	30
- CUADRO Y GRAFICA 13 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	31
- CUADRO Y GRAFICA 14 ENFERMEDADES AGREGADAS	32
- CUADRO Y GRAFICA 15 MORTALIDAD	33
- CUADRO Y GRAFICA 16 MORTALIDAD POR SEMANAS DE GESTACION	34
- CUADRO Y GRAFICA 17 MORTALIDAD POR PESO EN GRAMOS	35

INTRODUCCION

La frecuencia de partos pretérmino ha aumentado de manera geométrica, esta situación es de origen multifactorial, en gran parte es la consecuencia de una detección más oportuna, lo que conduce a que un mayor número de embarazos, que se resuelven antes del término tengan la oportunidad de ser atendidos en unidades médicas con el consecuente aumento del número de neonatos prematuros(1)

Los métodos de reproducción asistida o inducida, llevan también a una mayor frecuencia de embarazos múltiples, con una mayor probabilidad de terminar en forma prematura. La promiscuidad va de la mano con un incremento en la transmisión de infecciones por vía sexual, y con un mayor número de infecciones que pueden dar como resultado un incremento de los partos pretérmino.

Es bien conocida la asociación de un parto pretérmino previo con la posibilidad de un embarazo que se resuelve antes del término.

Las enfermedades metabólicas, crónicas - degenerativas y autoinmunes, se asocian con un incremento en los partos pretérmino. Por otra parte, también es frecuente encontrar la insuficiente y en ocasiones deficiente disponibilidad de recursos de atención de cuidados intensivos, y aún intermedios para neonatos pretérmino (13)

Se presenta una población joven en edad reproductiva, como el estrato más grueso de la población mexicana, el cual es otro factor evidente que contribuye a que los partos de pretérmino sean más frecuentes y a que los recursos en proporción sean más limitados con relación al problema de referencia

Es importante tomar en cuenta que el control prenatal es de vital importancia para disminuir el número de embarazos resueltos antes del término, ya que algunos estudios sugieren que el costo de un neonato prematuro de 26 semanas de gestación que permaneció en una unidad de cuidados intensivos por 4 meses es aproximadamente 250 000 dólares por paciente (12)

ANTECEDENTES GENERALES

El parto pretérmino implica el nacimiento de un niño, por la causa que sea, entre las semanas 20 y 36 de la gestación. Tiene relevancia cuando aparece entre el límite de la viabilidad, de 31 a menos de 23 semanas de edad gestacional o 1500 a menos de 500 gramos de peso al nacer. En Estados Unidos aproximadamente el 75 – 85% de las muertes neonatales se debe a recién nacidos prematuros, aunque sólo el 10% de los nacimientos son en pacientes menores de 37 semanas de gestación (4)

Tomando en cuenta las semanas de gestación, se considera a los recién nacidos entre las 34 y 36 semanas como escasamente prematuros, de 30 a 34 semanas como prematuros, de 26 a 30 semanas como muy inmaduros y de 20 – 26 semanas como no viables. (3)

Considerando el peso, se catalogan como recién nacidos de peso bajo al nacer con más de 1500 gramos, como extremadamente prematuros con peso mayor de 1000 gramos, menor a 1500 gramos y no viables recién nacidos con peso menor de 800 gramos. (3)

Hay factores etiológicos bien establecidos que son complicaciones obstétricas, las cuales pueden ser prevenidas o identificadas tempranamente, dentro de los cuales se encuentran factores ambientales, maternos y perinatales

El embarazo causa muchos cambios en el tracto genital y urinario, la estasis urinaria durante el embarazo contribuye a incrementar la incidencia de pielonefritis en el embarazo asociada con bacteriuria, cambios que se resuelven 4 semanas después del parto, durante la gestación existen cambios en el tracto urinario, principalmente a nivel de capacidad ureteral el cual se dilata y aumenta su capacidad aproximadamente de 50 a 200 mL. La presencia de reflujo vesicoureteral en el embarazo se presenta en el 3.5% de las pacientes, principalmente en el último trimestre del embarazo, el cual está dado por una combinación de hipertrofia e hiperplasia de la pared intravesical (16)

El aumento circulatorio a nivel vaginal y vulvar, así como el cambio en el pH condiciona la presencia de infecciones durante la gestación (5,6)

El parto prematuro tiene una fuerte vinculación con agentes infecciosos durante la gestación, algunas investigaciones han demostrado que la infección vaginal por anaerobios implica un riesgo especial de parto prematuro, el diagnóstico y tratamiento precoces de estas infecciones ha reducido la incidencia de partos prematuros

Se sabe que el tratamiento de pacientes con *T. vaginalis* durante la gestación en pacientes asintomáticas elimina el microorganismo, pero no disminuye el riesgo de parto pretérmino

La infección por *Trichomonas vaginalis* está muy asociada con el incremento de complicaciones durante la gestación, principalmente para parto pretérmino y se asocia también con ruptura prematura de membranas.

Se conoce como ruptura prematura de membranas o hidrorrea amniótica, aquella que espontánea o artificialmente se lleva a cabo, en embarazos mayores de 20 semanas, antes de iniciarse el trabajo de parto. Aunque la incidencia de ruptura prematura de membranas es solo del 2 al 3.5% de todos los nacimientos, esta es responsable del 30 a 40% de los nacimientos prematuros, y se asocia con un gran número de complicaciones obstétricas principalmente corioamnionitis, en pacientes a las que se les ha detectado ruptura prematura de membranas e infección intraamniótica, la morbilidad neonatal y materna aumenta (7)

En la antigüedad los nacimientos múltiples eran considerados como un evento, debido a su baja incidencia. La gestación múltiple que se presenta con mayor frecuencia es la gemelar. Las gestaciones múltiples se encuentran en mayor riesgo de presentar complicaciones, hospitalizaciones prenatales y resultados desfavorables.

Las complicaciones maternas más comunes en el embarazo múltiple son la anemia, síndromes hipertensivos, la hemorragia, la ruptura prematura de membranas, y principalmente el parto pretérmino. Dentro de los riesgos fetales se encuentran productos con bajo peso al nacer y prematuridad (8)

En comparación con un embarazo único, los embarazos gemelares tienen mayor riesgo de ser pretérmino (48% contra 11%, menores de 37 semanas de gestación) y mucho mayor riesgo de ser extremadamente pretérmino (11% contra 2%, menores de 32 semanas de gestación)

Los productos gemelares tienen mayor riesgo de presentar bajo peso al nacer (50% contra 6%, peso menor de 2500g) y mucho mayor riesgo de presentar muy bajo peso al nacer (10% contra 1%, menor de 1500 gramos) (20)

Se han identificado como factores de riesgo de parto pretérmino, el nivel socioeconómico bajo, la emigración, el embarazo durante la adolescencia y las madres solteras, existen estudios que demuestran la relación que existe entre la edad y el riesgo de complicaciones durante la gestación

El parto pretérmino es más frecuente en madres menores de 20 años y mayores de 34 años, el embarazo que ocurre en adolescentes se debe a factores relacionados con el desarrollo temprano puberal, historias de abuso sexual, bajo nivel socioeconómico y cultura, desintegración familiar y drogadicción

Se sabe que el cuerpo de pacientes adolescentes se encuentra físicamente inmaduro para poder completar el crecimiento y desarrollo del feto, que el incremento ponderal durante la gestación es de 3000 a 4000 gramos en comparación a 11 – 14 Kg en la mujer adulta (11) Por otra parte el embarazo planeado prolongado hasta los extremos de la vida reproductiva favorece complicaciones durante la gestación principalmente malformaciones congénitas y neonatos prematuros, incrementando la tasa de morbimortalidad materno fetal (11,12)

La gran multiparidad, que se define como siete o más embarazos (8), y las primigestas se han asociado con un incremento en los factores de riesgo

para complicaciones durante la gestación como hipertensión, placenta previa y ruptura de membranas. La paridad se relaciona también con nivel socioeconómico bajo, resultado de tradición cultural y factores religiosos

Se incluyen también todos los padecimientos que complican la gestación y que dan por resultado una insuficiencia placentaria que conduce a hipoxia fetal crónica y un menor aporte de nutrientes necesarios para el desarrollo normal del feto, y que en algunos casos imposibilitan llevar a término la gestación por indicación médica precisa como único medio de salvaguardar la vida de la madre y el producto

En este grupo están las enfermedades como diabetes mellitus, placenta previa, enfermedad hipertensiva del embarazo, polihidramnios, ruptura prematura de membranas todos identificados como factores de riesgo para parto prematuro (17)

El embarazo induce un incremento en el riesgo de desordenes hipertensivos, los cuales son más frecuentes durante la primera gestación que en la segunda, favoreciendo la presencia de parto pretérmino (15,16) Dentro de los factores de riesgo para enfermedad hipertensiva durante la gestación se encuentran predisposición genética dada por un polimorfismo en el gen de angiotensina, incremento en la presión arterial después de las 20 semanas de gestación, primigestas, multigestas, antecedentes de tabaquismo, diabetes mellitus, edad materna en extremos de la vida reproductiva y obesidad principalmente

El riesgo de preeclampsia es generalmente bajo en el segundo embarazo en comparación al primero (1.7% contra 3.9%) Una explicación es que se reduce el riesgo materno por la exposición materna repetida a antígenos. Así mismo, el riesgo se incrementa al aumentar el tiempo entre el primer y segundo embarazo (1.6% adicional en cada año). (18)

Los recién nacidos de muy bajo peso al nacer (menores de 1500 gramos), representan menos del 1% de los nacimientos y el 70% de la mortalidad neonatal siendo las principales causas de muerte la asfixia perinatal, los problemas respiratorios y las infecciones (2,19)

JUSTIFICACIÓN

Tomando como base que los recién nacidos extremadamente prematuros han adquirido una importancia que supera a su número, es indudable la necesidad de reconocer los factores de riesgo que pueden desencadenar trabajo de parto pretérmino como hemorragias, infecciones, patologías agregadas en la madre o ruptura de membranas cuando se produce antes de las 36 semanas de gestación. En los sistemas para evaluar el riesgo de parto pretérmino se deben considerar los factores sociodemográficos y perinatales.

Con la evaluación oportuna de factores de riesgo de parto pretérmino, tanto el gineco-obstetra como el pediatra pueden contribuir a un seguimiento más riguroso del embarazo, o bien si se presenta el nacimiento de un paciente prematuro aumentar los beneficios potenciales de sobrevivencia.

Es por todo lo anterior que se inicia esta investigación como medio para conocer las características sociodemográficas y perinatales en recién nacidos con peso menor de 1500g en el Hospital Juárez de México.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS REAL

El control prenatal, el grado de escolaridad, la paridad, estado civil, ruptura prematura de membranas e infecciones maternas contribuyen al nacimiento de pacientes con peso menor de 1500g.

JUSTIFICACIÓN

Tomando como base que los recién nacidos extremadamente prematuros han adquirido una importancia que supera a su número, es indudable la necesidad de reconocer los factores de riesgo que pueden desencadenar trabajo de parto pretérmino como hemorragias, infecciones, patologías agregadas en la madre o ruptura de membranas cuando se produce antes de las 36 semanas de gestación. En los sistemas para evaluar el riesgo de parto pretérmino se deben considerar los factores sociodemográficos y perinatales.

Con la evaluación oportuna de factores de riesgo de parto pretérmino, tanto el gineco-obstetra como el pediatra pueden contribuir a un seguimiento más riguroso del embarazo, o bien si se presenta el nacimiento de un paciente prematuro aumentar los beneficios potenciales de sobrevivencia.

Es por todo lo anterior que se inicia esta investigación como medio para conocer las características sociodemográficas y perinatales en recién nacidos con peso menor de 1500g en el Hospital Juárez de México.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS REAL

El control prenatal, el grado de escolaridad, la paridad, estado civil, ruptura prematura de membranas e infecciones maternas contribuyen al nacimiento de pacientes con peso menor de 1500g.

HIPÓTESIS NULA

El control prenatal, el grado de escolaridad, la paridad, estado civil, ruptura prematura de membranas e infecciones maternas no contribuyen al nacimiento de pacientes con peso menor de 1500g

OBJETIVOS

- Conocer los factores maternos y perinatales que contribuyen al nacimiento de niños con peso menor de 1500g en el año 2001
- Conocer otras causas que contribuyen al nacimiento de niños con peso menor de 1500 gramos
- Conocer las principales características clínicas de los neonatos con peso menor de 1500 gramos
- Analizar todos los factores que predispongan al nacimiento de niños con peso menor de 1500g

METODOLOGÍA DEL DESARROLLO

Se realizó una revisión de libreta de recolección de datos del área de neonatología, revisión de expedientes clínicos y cuestionarios de mortalidad del área de neonatología

HIPÓTESIS NULA

El control prenatal, el grado de escolaridad, la paridad, estado civil, ruptura prematura de membranas e infecciones maternas no contribuyen al nacimiento de pacientes con peso menor de 1500g

OBJETIVOS

- Conocer los factores maternos y perinatales que contribuyen al nacimiento de niños con peso menor de 1500g en el año 2001
- Conocer otras causas que contribuyen al nacimiento de niños con peso menor de 1500 gramos
- Conocer las principales características clínicas de los neonatos con peso menor de 1500 gramos
- Analizar todos los factores que predispongan al nacimiento de niños con peso menor de 1500g

METODOLOGÍA DEL DESARROLLO

Se realizó una revisión de libreta de recolección de datos del área de neonatología, revisión de expedientes clínicos y cuestionarios de mortalidad del área de neonatología

HIPÓTESIS NULA

El control prenatal, el grado de escolaridad, la paridad, estado civil, ruptura prematura de membranas e infecciones maternas no contribuyen al nacimiento de pacientes con peso menor de 1500g

OBJETIVOS

- Conocer los factores maternos y perinatales que contribuyen al nacimiento de niños con peso menor de 1500g en el año 2001
- Conocer otras causas que contribuyen al nacimiento de niños con peso menor de 1500 gramos
- Conocer las principales características clínicas de los neonatos con peso menor de 1500 gramos
- Analizar todos los factores que predispongan al nacimiento de niños con peso menor de 1500g

METODOLOGÍA DEL DESARROLLO

Se realizó una revisión de libreta de recolección de datos del área de neonatología, revisión de expedientes clínicos y cuestionarios de mortalidad del área de neonatología

Se inicio la recolección de datos de recién nacidos con peso al nacer menor de 1500g, atendidos en el Hospital Juárez de México del 1ro de enero al 31 de diciembre del 2001.

Se consideraron como criterios de inclusión todos los recién nacidos en el Hospital Juárez de México en el periodo comprendido del 1ro de enero al 31 de diciembre del 2001, con peso al nacer menor de 1500g y que contarán con expediente clínico completo, los que constituyen nuestra población objetivo del estudio

Los criterios de exclusión fueron los productos nacidos muertos, recién nacidos con peso mayor a 1500g y neonatos no nacidos en el Hospital Juárez de México

Los criterios de no inclusión fue la falta de datos completos en el expediente clínico.

Las variables cualitativas que se revisaron fueron sexo y control prenatal, dentro de las variables cuantitativas se encuentran peso al nacimiento, edad gestacional, (valorada por capurro B), Apgar al minuto y a los 5 minutos, vía de nacimiento, presencia o no de ruptura prematura de membranas, así mismo datos sociodemográficos como edad materna, estado civil, paridad, control prenatal, y enfermedades maternas asociadas (Diabetes Mellitus, Enfermedad Hipertensiva del embarazo, infección de vías urinarias entre otras)

La población total de recién nacidos atendidos en ese año fue de 4034; 110 (2.7%) fueron con muy bajo peso al nacer (menor de 1500g) , de los cuales 80 (72.7%) cumplen criterios de inclusión

RESULTADOS

SEXO

Se recabo información de 80 pacientes de los cuales 36 fueron del sexo femenino (45%), y 44 del sexo masculino (55%) (Cuadro 1)

SEMANAS DE GESTACIÓN

Con respecto a la edad gestacional, menores de 26 semanas de gestación fueron 5 pacientes (6 25%), de 26 1 a 30 semanas 16 pacientes (20%), de 30 1 a 34 semanas fueron 55 pacientes (68 75%) y de 34 1 a 36 6 semanas de gestación 4 pacientes (5%) (Cuadro 2)

PESO.

Considerando el peso de los pacientes se encontró 8 pacientes con peso menor de 800 gramos (10%), 20 pacientes (25%) con peso entre 800 y 1000 gramos y 52 pacientes (65%) con peso de 1001 a 1500 gramos (Cuadro 3)

CALIFICACIÓN DE APGAR

La calificación obtenida de Apgar al primer minuto de 0 a 3 son 19 pacientes que corresponden al 23 75% de los casos; de 4 a 6, 25 casos (31 25%) y calificación de 7 o más en 36 casos (45%) Esto nos indica el grado de asfixia según la calificación de Virginia Apgar, por lo que podemos inferir los que tuvieron este evento al nacer.

La calificación de Apgar a los 5 minutos se refiere es pronostica y se cuenta con los siguientes datos de 0 a 3 son 4 pacientes que corresponde al 5%, de 4 a 6, 24 casos (30%)y con calificación de 7 o más en 52 casos (65%)

Esto nos indica que el 5% persiste con datos de asfixia a los 5 minutos de vida con lo que se incrementa el riesgo de morbilidad (Cuadro 4 Y 5)

EDAD DE LA MADRE

Edad menor de 20 años a 27 pacientes (33.75%), de 20 a 25 años reportan 22 pacientes (27.5%), de 26 a 30 años 11 pacientes (13.75%), de 31 a 35 años 10 pacientes (12.5%) y de más de 36 años 10 pacientes (12.5%), considerándose dentro de estas últimas pacientes a 2 de 42 años de edad (Cuadro 6)

PARIDAD

Se encontraron 33 pacientes (41.25%) con su primera gesta, 20 pacientes (25%) con gesta II, 16 pacientes (20%) gesta III, 8 pacientes (10%), gesta IV, 2 pacientes (2.5%) con gesta V y 1 paciente (1.25%) con gesta IX. (Cuadro 7).

CONTROL PRENATAL

Considerando el control prenatal, se obtuvo que al menos en una ocasión acudieron a consulta prenatal 59 pacientes (73.75%), y sin control prenatal 21 pacientes (26.25%) (Cuadro 8)

Con respecto al trimestre de inicio el control prenatal, se obtuvo que durante el primer trimestre acudieron a consulta 33 pacientes (41.2%), durante el segundo trimestre 19 pacientes (23.7%) y en el tercer trimestre 7 pacientes (8.7%)

Considerando que para un buen control prenatal se debe tener 5 ó más consultas, el número total de consultas recibidas durante la gestación fueron de 1 a 2 consultas, en 15 pacientes (25.42%), de 3 a 4 consultas, 17 pacientes (28.81%), de 5-6 consultas, 15 pacientes (25.4%), de 7 a 8 consultas, 6 pacientes (10.1%) y de 9 a 10 consultas 6 pacientes (10.1%) Teniendo entonces que el 54.2% de las pacientes acudieron menos de 5 veces a consulta y el 45.6% más de 5 ocasiones (Cuadro 9)

ESCOLARIDAD

Cursaron primaria 37 pacientes (46.25%), secundaria 30 pacientes (37.5%), media superior 9 pacientes (11.25%), carrera técnica 2 pacientes (2.5%) y profesional 2 pacientes (2.5%) (Cuadro 10)

ESTADO CIVIL

Solteras 23 pacientes(28.75%), casadas 34 pacientes (42.5%) y unión libre 23 (28.75%). (Cuadro 11)

VIA DE NACIMIENTO

Se encontró que en 43 pacientes se resolvió el embarazo por vía abdominal (53.75%) , en 30 pacientes(37.5%) por vía vaginal, de los cuales 8 se atendieron en periodo expulsivo y en 7 pacientes (8.75%) distócico, vía vaginal, en presentación pélvica (Cuadro 12)

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Se documentó ruptura prematura de membranas en 46 pacientes (57.5%), de 12 – 24 horas 11 pacientes (23.91%), 24 – 36 horas 5 pacientes

(10.86%), 36 – 48 horas 6 pacientes (13.04%), 48 – 60 horas 5 pacientes (10.86%), 60 – 72 horas 2 pacientes (4.34%) y más de 72 horas 17 pacientes (36.95%) (Cuadro 13).

DE LAS PATOLOGÍAS ASOCIADAS DURANTE LA GESTACIÓN TENEMOS (Cuadro 14)

CERVICOVAGINITIS

Se presentó en 45 pacientes (56.2%), de las cuales en 36 (80%) se detectó en el 1er trimestre de la gestación

INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS

Se detectó en 40 pacientes (50%), durante el primer trimestre de la gestación en 15 pacientes (37.5%) y en 25 pacientes (62.5%) durante el 2do trimestre

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

Presente en 25 pacientes (31.2%), de las cuales 5 (5.2%) evolucionaron a síndrome de Hellp

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA.

Se corroboró en 6 pacientes (7.5%), siendo este el motivo de inicio de trabajo de parto e indicación de cesárea

ENFERMEDADES CRÓNICAS

HIPERTIROIDISMO

Se detecto en 3 pacientes, las cuales no tomaron medicamento durante la gestación (3.7%)

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Se presento en una paciente (1 2%), aparentemente sin complicaciones durante la gestación

MORBIMORTALIDAD.

De los 4034 nacimientos durante el periodo del 1ro de enero al 31 de diciembre del 2001, las defunciones registradas fueron 86 (2 1%) del total, y de los cuales 47 tenían peso menor de 1500 gramos que representa el 54 6% del total, lo que representa una mortalidad de 5 46 X 1000 nacidos vivos. (Cuadro 15).

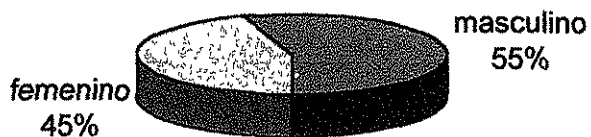
MORTALIDAD SEGÚN SEXO, SEMANAS DE GESTACIÓN Y PESO

De las 47 defunciones en neonatos con peso menor de 1500 gramos el 40.4%, fueron del sexo femenino (19), y 28 pacientes (59 5%) del sexo masculino Con respecto a las semanas de gestación en base a capurro B, se encontró menores de 26 semanas 4 pacientes (8.51%), de 26 a 30 a 5 pacientes (10 63%), de 30 1 a 34 el 78 72% con 37 pacientes y de 34 1 a 36.6 semanas 1 paciente (2.12%) Considerando el peso en gramos con menos

de 800 gramos 6 pacientes (12.76%), de 800 a 1000 gramos 9 pacientes (19.14%), de 1001 a 1500 gramos 32 pacientes (68.08%) (Cuadro 16 y 17)

CUADRO 1
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL SEXO
(n = 80)

	NUMERO	PORCENTAJE
MASCULINO	44	55
FEMENINO	36	45
TOTAL	80	100

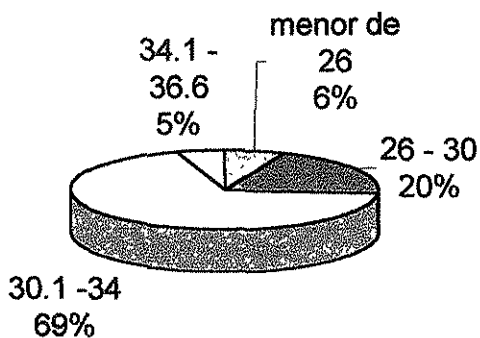


Gráfica 1. Distribución según el sexo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO 2
SEMANAS DE GESTACIÓN SEGÚN VALORACIÓN CAPURRO B.
(n = 80)

	NUMERO	PORCENTAJE
MENOR DE 26	5	6.25
26 - 30	16	20
30.1-34	55	68.75
34.1-36.6	4	5
TOTAL	80	100

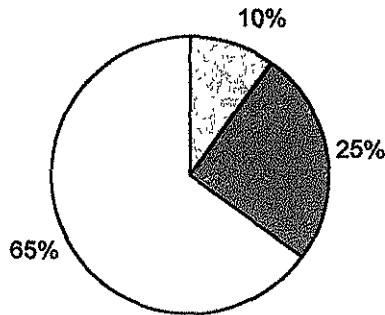


Gráfica 2. Semanas de gestación
Según valoración de Capurro B.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO 3
DISTRIBUCIÓN POR PESO EN GRAMOS
(n = 80)

	NUMERO	PORCENTAJE
MENOS DE 800	8	10
800 A 1000	20	25
1001 A 1500	52	65
TOTAL	80	100



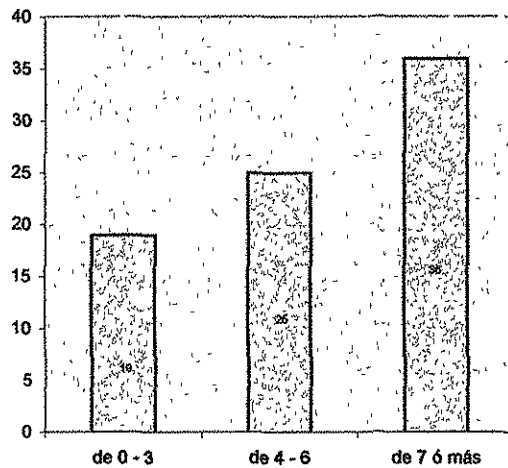
□ menor de 800
■ 800 - 1000
□ 1001 - 1500

Gráfica 3. Distribución por peso en gramos.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CUADRO 4
APGAR AL MINUTO
(n = 80)

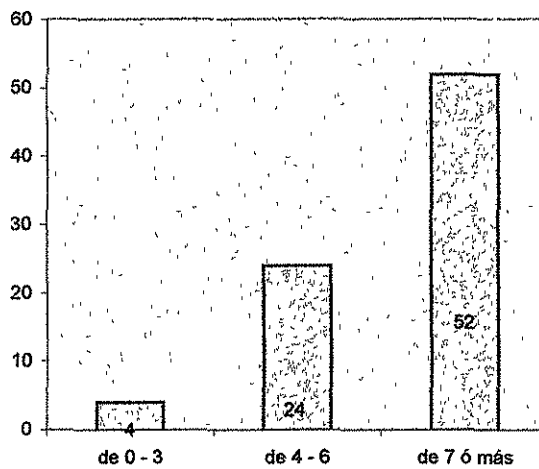
	NUMERO	PORCENTAJE
0 - 3	19	23.75
4 - 6	25	31.25
7 ó MÁS	36	45
TOTAL	80	100



Gráfica 4. Apgar al minuto.

CUADRO 5
APGAR A LOS CINCO MINUTOS
(n = 80)

	NUMERO	PORCENTAJE
0 - 3	4	5
4 - 6	24	30
7 ó MÁS	52	65
TOTAL	80	100



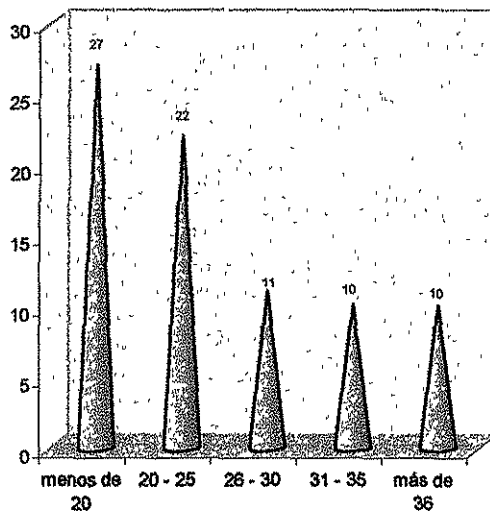
Gráfica 5. Apgar a los cinco minutos

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

CUADRO 6
EDAD DE LAS MADRES
(n = 80)

	NUMERO	PORCENTAJE
MENOS DE 20	27	33.75
20 A 25	22	27.5
26 A 30	11	13.75
31-35	10	12.5
MAS DE 36*	10	12.5
TOTAL	80	100

*Se incluyen dos pacientes de 42 años.

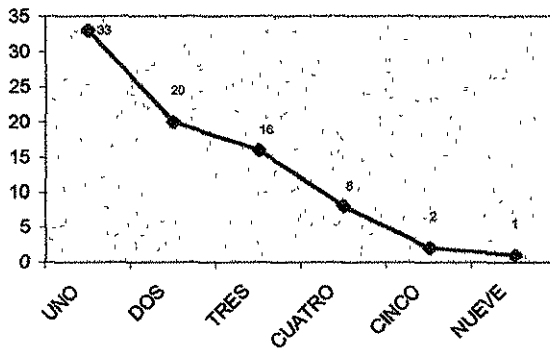


Gráfica 6. Edad de las madres

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO 7
NUMERO DE GESTACIONES
 (n = 80)

	NUMERO	PORCENTAJE
UNO	33	41.25
DOS	20	25
TRES	16	20
CUATRO	8	10
CINCO	2	2.5
NUEVE	1	1.25
TOTAL	80	100

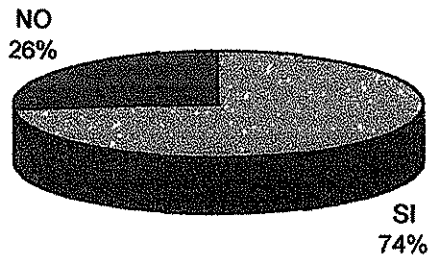


Gráfica 7. Número de gestaciones

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO 8
RELACION DEL CONTROL PRENATAL
(n = 80)

	NUMERO	PORCENTAJE
SI	59	73.75
NO	21	26.25
TOTAL	80	100

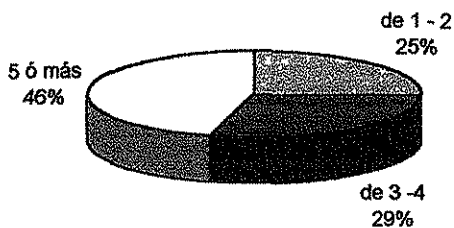


Gráfica 8. Control prenatal

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 9
NUMERO DE CONSULTAS DURANTE EL CONTROL PRENATAL
(n = 59)

	NUMERO	PORCENTAJE
1 - 2	15	25.42
3 - 4	17	28.81
5 ó MÁS	27	45.76
TOTAL	59	100

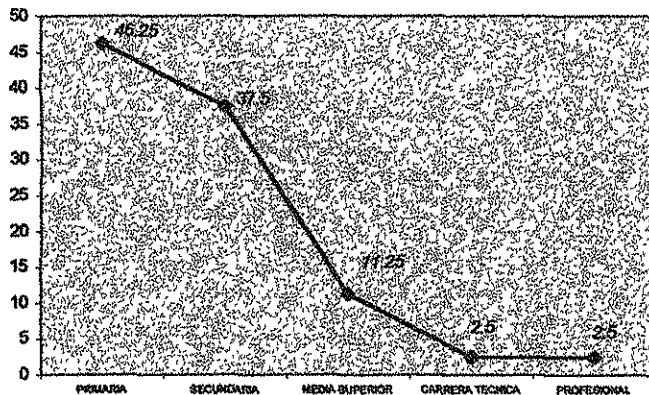


Gráfica 9. Número de consultas durante el control prenatal

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CUADRO 10
REPORTE DE LA ESCOLARIDAD
(n = 80)

	NUMERO	PORCENTAJE
PRIMARIA	37	46.25
SECUNDARIA	30	37.5
MEDIA SUPERIOR	9	11.25
CARRERA TÉCNICA	2	2.5
PROFESIONAL	2	2.5
TOTAL	80	100

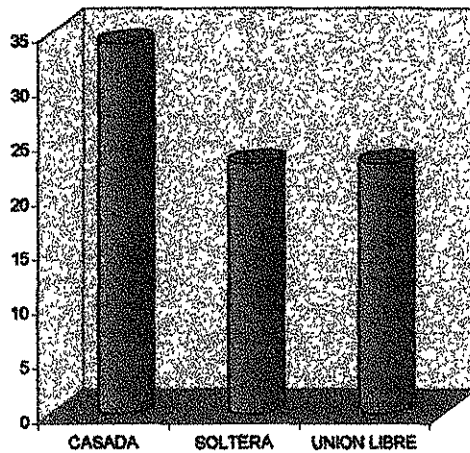


Gráfica 10. Escolaridad

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO 11
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ELESTADO CIVIL
(n = 80)

	NUMERO	PORCENTAJE
CASADA	34	42.5
SOLTERA	23	28.75
UNION LIBRE	23	28.75
TOTAL	80	100

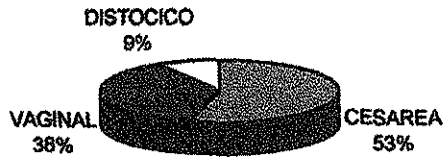


Gráfica 11. Estado civil

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

CUADRO 12
VIA DE NACIMIENTO
(n = 80)

	NUMERO	PORCENTAJE
CESAREA	43	53.75
VAGINAL	30	37.5
DISTOCICO	7	8.75
TOTAL	80	100

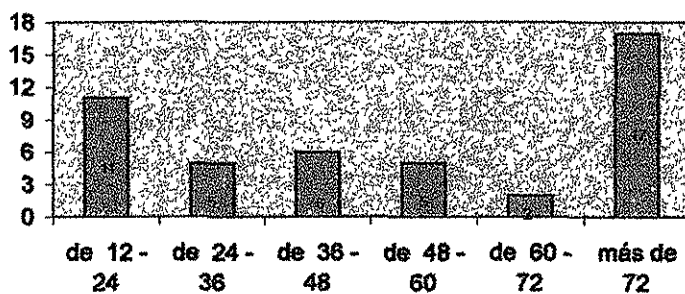


Gráfica 12. Via de nacimiento

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

CUADRO 13
TIEMPO EN HORAS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
(n = 46)

	NUMERO	PORCENTAJE
12 - 24	11	23.91
24 - 36	5	10.86
36 - 48	6	13.04
48 - 60	5	10.86
60 - 72	2	4.34
MAS DE 72	17	36.95
TOTAL	46	100



Gráfica 13. Tiempo en horas de ruptura prematura de membranas

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CUADRO 14
ENFERMEDADES AGREGADAS

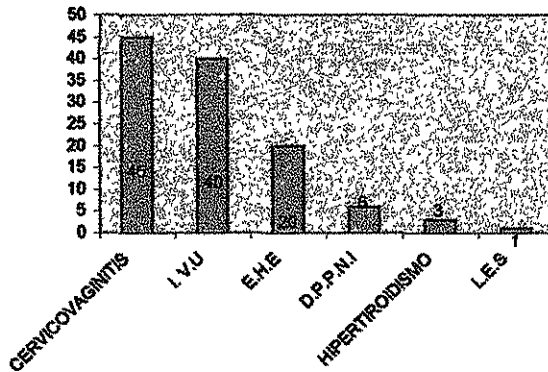
	NUMERO	PORCENTAJE
CERVICOVAGINITIS	45	56.2
I. V. U	40	50
E. H. E	20	25
D. P. P. N.I	6	7.5
SÍNDROME DE HELLP	5	20
HIPERTIROIDISMO	3	3.7
L. E. S	1	1.2

I.V. U. Infección de vías urinarias

E.H. E. enfermedad hipertensiva del embarazo

D. P. P. N.I. desprendimiento prematuro de placenta normoinsera

L.E.S. lupus eritematoso sistémico

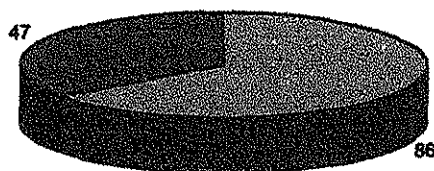


Gráfica 14. Enfermedades agregadas

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO 15
MORTALIDAD DURANTE EL AÑO 2001

	NUMERO	PORCENTAJE
TOTAL DE NACIDOS	4034	100
DEFUNCIÓN GLOBAL	86	2.1
DEFUNCIÓN EN MENORES DE 1500g	47	54.6



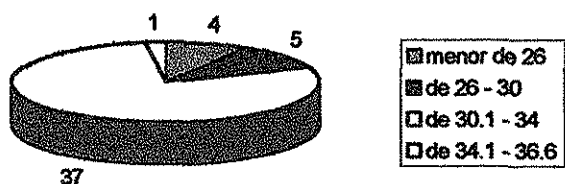
■ DEFUNCIÓN GLOBAL ■ DEFUNCIÓN MENOS DE 1500g

Gráfica 15. Mortalidad durante el año 2001.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO 16
MORTALIDAD SEGÚN SEXO Y SEMANAS DE GESTACIÓN

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	PORCENTAJE
MENOR DE 26	1	3	4	8.51
26 - 30	4	1	5	10.63
30.1 - 34	14	23	37	78.72
34.1 - 36.6	0	1	1	2.12
TOTAL	19	28	47	100

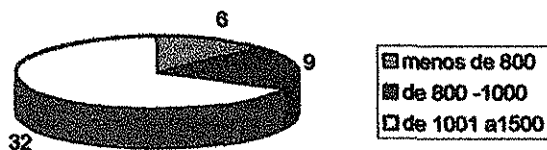


Gráfica 16. Mortalidad según sexo y Semanas de gestación

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO 17
MORTALIDAD SEGÚN SEXO Y PESO EN GRAMOS

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	PORCENTAJE
MENOS DE 800	3	3	6	12.76
800 - 1000	5	4	9	19.14
1000 - 1500	11	21	32	68.08
TOTAL	19	28	47	100



Gráfica 17. Mortalidad según sexo y peso en gramos.

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

DISCUSION

De acuerdo con los resultados encontramos los siguientes puntos importantes

El primero, es que no existe un buen control prenatal en las pacientes en general, ya que se encontró que el 53.5% de nuestras pacientes cuentan con menos de 5 consultas durante su gestación. Esto indica que en su mayoría, los productos con peso menor de 1500 gramos nacidos en el Hospital Juárez de México no cuentan con control prenatal adecuado con los consiguientes riesgos para su salud. Cabe mencionar que se reconoce como buen control prenatal 5 consultas como mínimo, o bien aquel que inicia antes de la gestación, o durante el primer mes de esta, con control mensual hasta las 32 semanas y cada 15 días hasta las 36 semanas, siempre y cuando el embarazo sea normoevolutivo, de lo contrario se incrementarán el número de consultas (21)

La estasis durante el embarazo incrementa la incidencia de pielonefritis asociada con bacteriuria. Los síntomas más frecuentes son urgencia, incontinencia, disuria, poliuria, polaquiuria (16)

El segundo punto es que la mayoría de los embarazos resueltos pretérmino con productos de peso menor de 1500 gramos cursan con infecciones a nivel genital y urinario en el estudio realizado se encuentra que el 56.2% de nuestras pacientes presentaron infección de vías urinarias, y el 50% infección genital

Reporta la literatura que la incidencia de ruptura prematura de membranas esta dada en sólo el 3.5% de los nacimientos, y es responsable del 30 – 40% de los nacimientos pretérmino (7)

El tercer punto se refiere a la presencia de ruptura prematura de membranas detectada en un 57.5%, siendo mayor la presentación de ruptura de membranas en nuestras pacientes que lo reportado en la literatura

El cuarto punto es con respecto al número de gestaciones, encontrando en nuestro estudio que un 41.2% son primigestas y que un 3.7% multigestas, considerando esto como un factor de riesgo contribuyendo a las siguientes complicaciones se incrementa la incidencia de abortos, correlacionado con edad materna principalmente en los extremos de la edad reproductiva, así como la presencia de hipertensión durante la gestación a un 11.4% en comparación a un 2.4% en madres con 2 a 5 gestaciones, y de placenta previa en un 3.4% en comparación a un 0.9% durante la segunda gestación y antes de la sexta (8)

El punto cinco correlaciona el número de gestaciones con el nivel bajo tanto socioeconómico como cultural, el cual se valora indirectamente con el nivel escolar, reportando nuestras pacientes escolaridad primaria en un 46.2%, considerando entonces el nivel escolar bajo como un factor de riesgo para la presencia de parto pretérmino, lo cual coincide con lo escrito en la literatura (1)

Con respecto a la vía de nacimiento, punto seis, un 53.7% de nuestros pacientes se obtuvieron por vía abdominal. Se determina que el

nacimiento por vía abdominal es el más indicado para la resolución del embarazo de pacientes prematuros, ya que disminuye la hipoxia, lesiones intracraneales, trauma obstétrico y la presencia de hemorragia intracraneana, y se sugiere que en el nacimiento por vía vaginal se realice una episiotomía amplia para reducir el riesgo de trauma obstétrico en el paciente prematuro (9)

Punto siete, el embarazo en pacientes adolescentes, antes de los 20 años de edad reportado en un 33.7% de nuestras pacientes y en pacientes añosas más de 35 años de edad reportado en un 12.5% (incluyendo 2 pacientes de 42 años), predispone a múltiples complicaciones durante la gestación incluyendo prematuridad, hipertensión, anemia y enfermedades de transmisión sexual(10) También se relaciona con factores sociales asociados como nivel de educación bajo, drogadicción, inadecuado control prenatal, promiscuidad, abuso sexual y parejas libres de matrimonio dentro de este último factor se encontró que las pacientes del estudio el 52.4% están libres de matrimonio (26.2% unión libre y el 26.2% solteras), considerando estos parámetros también como factor de riesgo para parto pretérmino

Punto ocho, las enfermedades autoinmunes encontramos en el estudio que se reporta Lupus Eritematosos Sistémico en 1 paciente e hipertiroidismo en 3 pacientes, esto se relaciona más comúnmente con la edad materna Durante el embarazo se presenta un incremento de estrógenos lo cual afecta a las enfermedades autoinmunes exacerbando el cuadro y contribuyendo a incrementar el riesgo de morbilidad materna y prematuridad. (14)

Punto número nueve se presentó enfermedad hipertensiva durante el embarazo en 25 de nuestras pacientes (31.2%), de las cuales 5 pacientes (5.2%) evolucionaron a síndrome de Hellp, se considera que un 3-5% de las mujeres embarazadas desarrollan preeclampsia (18). Nosotros encontramos un porcentaje mayor en la población estudiada en comparación a lo escrito en la literatura.

Como último punto con respecto a las características generales de los neonatos se reporta que el 55% son del sexo masculino y el 45% sexo femenino, coinciden estos datos con los reportados por el INEGI con respecto a mayores nacimientos del sexo masculino (19), nuestros pacientes por medio de la valoración de capurro B el 68.75% se calificaron con 30.1 a 34 semanas siendo este porcentaje mayor a lo reportado por la literatura (4) y encontramos un 65% con peso mayor a 1000 gramos, lo que coincide con la literatura (22). Tomando en cuenta la calificación de Apgar al minuto encontramos en el estudio que un 45% de nuestros pacientes presentaron 7 o más de calificación y un 65% a los cinco minutos se calificaron con 7 o más.

La defunción reportada en la población de estudio fue de 54.6%, la bibliografía reporta defunción en estos pacientes mayor al 70% (19,22), un 78.7% de nuestros pacientes fallecidos eran de 30.1 a 34 semanas de gestación y con peso de más de 1000 gramos en un 68%.

ACADEMIA NACIONAL DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSION

Los principales determinantes maternos para parto pretérmino y recién nacidos con peso menor de 1500 gramos son primigestas, escolaridad primaria, libres de matrimonio (solteras y unión libre), con control prenatal irregular menor a 5 consultas, ruptura prematura de membranas, infección de vías urinarias y cervicovaginitis. Considerando estos múltiples factores de riesgo para resolución del embarazo antes del término, contribuyendo a un incremento en la tasa de morbilidad perinatal. Existen otros factores de riesgo para parto pretérmino como son edad de la madre menor de 20 años y presencia de enfermedad hipertensiva del embarazo. Se corrobora que la resolución del embarazo pretérmino es principalmente por vía abdominal.

Las características generales de los pacientes con peso menor de 1500 gramos son del sexo masculino, con 30.1 a 34 semanas de gestación, peso mayor de 1000 gramos, calificación de Apgar pronostica a los cinco minutos mayor de 7 y con tasa de mortalidad de 5.46 por 1000 nacidos vivos.

RECOMENDACIONES

Es recomendable implantar mayor difusión con respecto a la importancia del control prenatal, ya que este es el medio por el cual se detectan todos los factores de riesgo, y con ello se contribuye a una mejor vigilancia durante la gestación para lograr en la mayoría de las posibilidades que al término del embarazo sea lo más fisiológico posible.

Es necesario considerar la valoración de capurro B con respecto a la fecha de última menstruación, además de realizar complementariamente la valoración de capurro A en todos los recién nacidos que ameritaron permanecer dentro de la unidad de cuidados intensivos

La calificación de Apgar debe ser realizada por el residente de mayor jerarquía, principalmente en pacientes en los cuales por antecedentes perinatales se espera posibles complicaciones, además de ser complementada con gasometría arterial al nacer, ya que el estrés al cual está sometido el paciente in útero, la presencia de patología agregada en la madre y el mismo trabajo de parto desencadenan síntesis de catecolaminas, lo que modifica la calificación de Apgar, además de que en el paciente prematuro debemos considerar que sus movimientos y reflejos son de menor intensidad que en el paciente de término

La medicina preventiva es la más efectiva a la que podemos aspirar y esto hace importante la vigilancia prenatal, ya que su función primordial es evitar que la gestación abandone los límites fisiológicos o bien, que al suceder esto, sean detectadas las alteraciones en sus fases iniciales para ofrecer con oportunidad el tratamiento adecuado y con ello obtener productos más sanos y abatir las tasas de mortalidad materna y perinatal

REFERENCIAS

- 1 - Lastra L, El parto pretérmino como problema de salud pública *Perinatol Reprod Hum* 2001; 15 113-5.
- 2 - Wasserstein W, Extremely Preterm Birth Defining The Limits Of Hope *The New England Journal of Medicine* 2000,10 429-31
- 3.- Scanlon J, Gordon B, The Very –Low-Birth – Weight Infant In Neonatology, pathophysiology and management of the newborn, Fourth Edition, J B Lippincott Company, Philadelphia 1994 pp 399-416
- 4 - Chescheir N, Hansen W, New in Perinatology *Pediatrics in Review* 1999,20 57 –63
- 5 - Klebanoff M, Carey C, Hauth J, et al Failure Of Metronidazole To Prevent Preterm Delivery Among Pregnant Women With Asintomatic *Trichomonas Vaginalis* Infection. *N Engl Med* 2001,345: 487- 93
- 6.- Tomezsko J, Peter K, Pregnancy And Intercurrent Diseases Of The Urogenital Tract *Clinics In Perinatology* 1997,24 343- 68
- 7.- Mazor, The Role of Antibiotic therapy In The Prevention of prematurity *Clinics In Perinatology* 1999, 32 660 – 77
- 8.- Samueloff A, Schimmel M, Eidelman A, Grandmultiparity *Clinics In Perinatology* 1998, 3 529 – 38
- 9 - Ock M, Kwang M, Phelan J, The Low Brith Weight Infant Is There A Preferred Route Of Delivery *Clinics In Perinatology* 1992, 2 411 – 22
- 10 - Jensen t, Scheicke T, Schaumburg I, et al Selection Bias In Determining The Age Dependence Of Waiting Time To Pregnancy *American Journal Of Epidemiology* 2000; 152 565 – 72

- 11 - Buschman N, Foster G, Vickers P, Adolescent Girls And Their Babies: Achieving Optimal Birthweight. Gestational Weight Gain And Pregnancy Outcome In terms Of gestation At Delivery And Infant Birth Weight: a comparison Between Adolescents Under 16 and Adult Women. Blackwell Science 2001; 27: 163 – 71.
- 12.- Felice M, Fisher M, Kaplan D, et al Adolescent Pregnancy – Current trends And Issues: 1998. Pediatrics 1999; 103: 516 –20
- 13.- Bregman J, Developmental Outcome In Very Low Birthweight Infants Pediatric Clinics of North America 1998, 45 673 – 86
- 14.- Silver R, Branch W, Autoimmune Disease in Pregnancy. Clinics In Perinatology 1997, 24: 291 – 311
- 15.- Broughton F, Phil D, Risk Factors For Preeclampsia N Engl J Med 2001, 344: 925 – 27.
- 16 - Denkker G, Silbal B, Primary, Secondary, And Tertiary Prevention Of preeclampsia The Lancet 2001, 357. 209 - 15.
- 17.- Suneet P. James M, Devoe L, et al Detection Of Growth – Restricted Fetuses In Preeclampsia: A Case – Control Study Obstetrics Gynecology 1999; 93: 687 – 91
- 18 - Skjaerven R, Allen D, The Interval Between Pregnancies And the Risk Of Preeclampsia. N. Engl J Med 2002; 346: 33 – 39.
- 19 - INEGI. Censo de Aspectos sociodemográficos del Distrito Federal 2000, www.inegi.gob.mx.
- 20 - Mores M, Casanueva E, Embarazo Gemelar Determinantes maternas del peso al nacer. Perinatol Reprod Hum 2001; 15: 238 – 49
- 21 - Nuñez E, Ablanado J, Chávez G, et al Métodos auxiliares en el diagnóstico en obstetricia: Ginecología y Obstetricia, Tercera Edición, México. 1993 pp 110 – 35.

22 - Barton L, Hodgman E, Causes of Death in the Extremely Low Birth Weight Infant Pediatrics 1999,103: 446 – 52.

23 - Low J, Intrapartum fetal asphyxia: Definition, diagnosis, and classification American journal of Obstetrics and Gynecology 1997; 176:957 – 63.