



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

11226
38

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

**INFLUENCIA DEL CONTROL PRENATAL EN LA
DISMINUCIÓN DEL PARTO PREMATURO**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
E S P E C I A L I S T A E N:
M E D I C I N A F A M I L I A R
P R E S E N T A:
DRA. LÓPEZ MÓLINA MÓNICA

ASESOR:
DRA. MARTHA BOIJSEAUNEAU CÁRDENAS.

REVISOR:
DR. FÉLIX TAVERA GONZÁLEZ.

MÉXICO, D.F.

2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



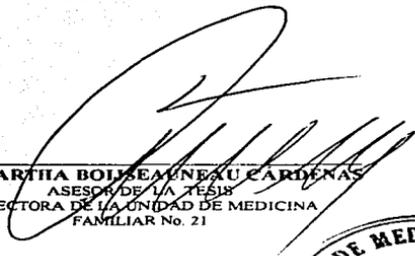
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

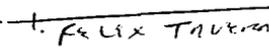
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

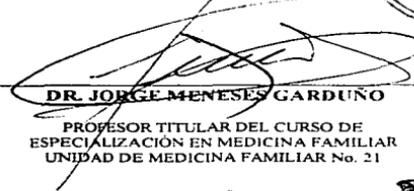
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

HOJA DE AUTORIZACIONES


DRA. MARTITA BOUSSENEAU CARDEÑAS
ASESORA DE TESIS
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 21


DR. FELIX TAVERA GONZÁLEZ

JEFE DE EDUCACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21


DR. JORGE MENESES GARDUÑO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21


DRA. MONICA LOPEZ MOLINA

MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
DIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES Y HERMANOS:

QUIENES CON SU EJEMPLO, APOYO, COMPRENSION Y CARIÑO ME HAN IMPULSADO Y MOSTRADO QUE EL ESTUDIO ES LA MEJOR HERRAMIENTA PARA TRIUNFAR EN LA VIDA.

A MI ESPOSO:

QUIEN ME HA BRINDADO TODA SU PACIENCIA, AMOR Y APOYO CONTRIBUYENDO CON ELLO A MI FORMACION COMO PROFESIONAL Y COMO PERSONA.

A MIS MAESTROS Y AMIGOS:

QUIENES DIA CON DIA REFUERZAN MIS CONOCIMIENTOS, BRINDANDOME SU AMISTAD INCONDICIONAL Y SU CONFIANZA; HACIENDO MENCION ESPECIAL DEL DR. ÁVALOS PÉREZ FABIAN YA QUE SIN SU APOYO NO HUBIESE SIDO POSIBLE CONCLUIR ESTE TRABAJO.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico el texto de
contenido de mi trabajo de tesis.

NOMBRE: López Molina
Monica

FECHA: 09-19-03

FIRMA: [Firma]

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

1. INTRODUCCION.....	3
2. HIPOTESIS.....	10
3. OBJETIVOS.....	10
4. MATERIAL Y METODOS.....	11
5. DISEÑO ESTADISTICO.....	15
6. RESULTADOS.....	16
7. CONCLUSIONES.....	25
8. SUGERENCIAS.....	27
9. BIBLIOGRAFIA.....	28
10. ANEXOS.....	31

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. INTRODUCCION:

PARTO PREMATURO:

A lo largo del tiempo se ha discutido mucho sobre la definición apropiada de parto pretérmino y es a final de la década de los 70's que se acepta la definición de prematuro como el producto de edad gestacional mayor de 20 semanas y menor de 37 semanas, con peso al nacer mayor de 500 g. Y menor de 2,500 g. ⁽¹⁾ En la actualidad se postula que el parto prematuro espontáneo o idiopático no puede considerarse más como una sola entidad nosológica y debería catalogarse como Síndrome de Parto Prematuro. ⁽²⁾⁽³⁾ Esta alteración continua siendo la principal causa de la morbimortalidad perinatal, neonatal tardía y postneonatal. ⁽⁴⁾

EPIDEMIOLOGÍA:

La incidencia de parto prematuro varía desde un 6 a 12 % en el ámbito mundial. Aunque no se dispone de cifras confiables para México, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), tuvo una frecuencia del 6% en el quinquenio de 1989 a 1993 y representó la causa básica de 53.3% de la mortalidad perinatal informada en 1998, cuya tasa fue de 659.5 por mil nacidos vivos. ⁽⁵⁾ Excluidas las malformaciones, el parto prematuro es responsable del 75% de muertes perinatales, 50% de anomalías neurológicas, la mortalidad es inversamente proporcional al peso del nacimiento, de 1000 a 1500g tiene una mortalidad de 5% ; de 500 a 1000g la mortalidad es de 20% . Ocurre parálisis cerebral en 0.5 por mil Recién Nacidos Vivos (RNV) alrededor de las 35 Semanas De Gestación (SDG) (aproximadamente 2.600 g.) y 40 a 70 por mil RNV antes de las 30 semanas (aproximadamente menos de 1500g).

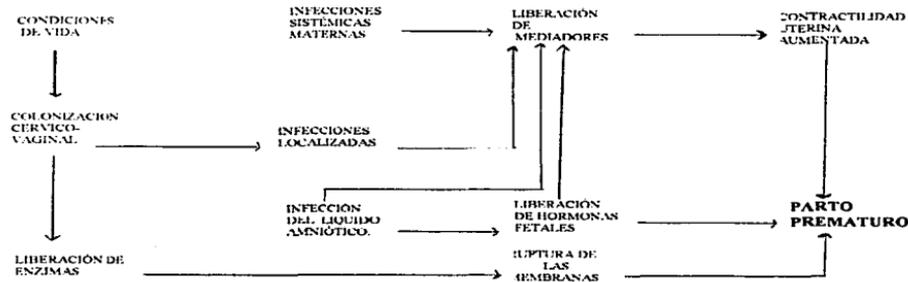
Los nacimientos menores de 32 semanas concentran el mayor porcentaje de muertes y alteraciones neonatales. Del 50% al 60% de la mortalidad neonatal ocurre en menores de 1000g. (27 a 28 SDG) ⁽⁵⁾

Algunos de estos partos prematuros ocurren por indicación médica (Preeclampsia, Diabetes, etc.) (20%) pero la mayoría ocurre secundario a un trabajo de parto prematuro espontáneo (50%) o a una Ruptura Prematura de Membranas Oculares (RPM) (30%) ⁽⁶⁾

Los embarazos múltiples (presencia de más de un feto en el útero) son la causa del 15% de estos partos. ⁽⁷⁾

Patogénesis del parto prematuro: ⁽²⁾

Se propone un modelo en el que el inicio del parto prematuro en presencia de infección es regulado por la madre, feto o ambos



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ETIOLOGÍA:

Hasta el momento actual se desconocen con exactitud las causas desencadenantes del parto de término espontáneo, por consecuencia también del parto prematuro. En varios estudios se han identificado múltiples factores de riesgo y circunstancias que acompañan al parto prematuro, pero no se ha comprobado que sean verdaderos factores causales, aunque su identificación puede llevar a tomar medidas preventivas y terapéuticas.

Hay factores etiológicos bien establecidos que son complicaciones obstétricas, las cuales deben ser prevenidas o identificadas tempranamente para tener mayor vigilancia matérna y dar un tratamiento oportuno. Este grupo de causas son:

- ⊕ Embarazo múltiple.
- ⊕ Infección de vías urinarias.
- ⊕ Ruptura Prematura de Membranas.
- ⊕ Diabetes Mellitus
- ⊕ Polihidramnios.
- ⊕ Enfermedades Hipertensivas del Embarazo.
- ⊕ Cardiopatías maternas
- ⊕ Desprendimiento Prematuro de Placenta.
- ⊕ Placenta Previa
- ⊕ Isoinmunización materno-fetal a Rh y grupo sanguíneo.
- ⊕ Anomalías Uterinas.
- ⊕ Anomalías fetales.
- ⊕ Infecciones maternas severas.
- ⊕ Incompetencia cervical.

Existe otro grupo de *factores etiológicos* que se han denominado como factores de riesgo no atribuibles a complicación obstétrica y pueden ser clasificados en:

Factores ambientales:

- ⊕ Bajo nivel socioeconómico.
- ⊕ Falta de control prenatal.
- ⊕ Trabajo profesional fatigante o de esfuerzos importantes.
- ⊕ Viajes largos o climas extremos.
- ⊕ Embarazo no deseado
- ⊕ Ser madre soltera o tener una unión no estable.

Factores maternos:

- ⊕ Edad menor de 15 años y mayores de 30.
- ⊕ Talla menor a 1.50 mts.
- ⊕ Primigestas.
- ⊕ Embarazo múltiple.
- ⊕ Desnutrición.
- ⊕ Periodo intergenésico corto.
- ⊕ Índice de masa corporal <19.
- ⊕ Toxicomanías.
- ⊕ Parto prematuro previo.
- ⊕ Enfermedades maternas.
- ⊕ Raza

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Algunos de estos factores han sido productos de asociaciones estadísticas, en ocasiones sin bases o plausibilidad biológica clara, sin embargo; cerca del 50% de los partos pretermino no tienen ningún factor de riesgo, lo que hace más difícil el diagnóstico temprano. ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

FACTORES PROPICIADORES :

A la luz de toda esta información científica, se concluye que solo tres complicaciones del embarazo pueden considerarse factores propiciadores o que muestran alguna vinculación causa efecto con el parto prematuro: las infecciones urinarias, infecciones cervicovaginales y la ruptura prematura de membranas corioamnióticas. ⁽¹³⁾

Se recomienda el diagnóstico y tratamiento oportunos de la infección cervicovaginal durante el embarazo, especialmente de *Candida albicans*, como medida fundamental en la prevención de la ruptura temprana de membranas y de las complicaciones infecciosas y los riesgos de prematuridad. La selección del antimicrobiano específico por utilizar debe estar sustentada en exámenes de laboratorio suficientes para la detección del agente patógeno pre y posttratamiento de infección de vías urinarias durante la gestación. ⁽¹⁴⁾

Dentro de estos factores también es importante detectar oportunamente la presencia de violencia durante el embarazo ya que las mujeres embarazadas que han experimentado episodios de violencia muestran mayor tendencia a postergar la búsqueda de atención prenatal. El trauma abdominal contuso puede conducir a la muerte del feto o a insuficiencia ponderal del recién nacido al provocar un parto prematuro, de igual manera el estrés y ansiedad extremos provocados por la violencia en el embarazo también pueden llevar a partos prematuros o retraso del crecimiento fetal al aumentar los niveles hormonales o las alteraciones inmunológicas por estrés. ⁽¹⁵⁾

ATENCIÓN PRENATAL: DEFINICIÓN

Podemos tratar de definir la atención prenatal como el procedimiento clínico y paraclínico, así como educacional mediante el cual, se busca evitar el mayor grado posible de la afección de la madre y del producto para cualquier proceso fisiopatológico. ⁽¹⁶⁾

Cada día cobra más importancia la vigilancia de la mujer durante el desarrollo del embarazo, sin embargo, en especial en nuestro país, aún son muchas las madres que no son atendidas por el personal médico en ningún momento de la gestación y mucho menos, aún las que teniendo complicaciones o problemas específicos, reciben la atención especializada que requieren ⁽¹⁷⁾

En la última década, la Organización Mundial de la Salud (OMS). Desarrolló los conceptos de salud reproductiva y salud sexual, los cuales fueron aprobados en la conferencia internacional sobre población y desarrollo (el Cairo 1994) y ratificados en la cuarta conferencia mundial sobre la mujer (Beijing, 1995), en este documento la OMS señala a la salud reproductiva como uno de los 6 problemas más importantes a nivel mundial. ⁽¹⁸⁾

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El primer trimestre es trascendental ya que en esta fase se habrá de realizar la embriogénesis y organogénesis y son muchos los factores ambientales o maternos que pueden dañar al producto de la concepción. Por esto, es deseable que la paciente acuda a su control prenatal en cuanto sospeche la posibilidad de estar embarazada. Mas aun, es deseable que toda pareja que desee un embarazo, acuda a consulta tres meses antes, con el fin de que el médico obtenga datos importantes de la salud materna antes del inicio del embarazo; en la primera consulta prenatal, es importante efectuar una historia clínica completa en la cual se determinara con especial interés, todos los antecedentes que puedan tener importancia por la posibilidad de afectar de alguna forma el curso del embarazo, es importante conocer adecuadamente los antecedentes hereditarios y familiares o bien infecto contagiosos como la tuberculosis etc. ⁽¹³⁾

Son especialmente interesantes el nivel socioeconómico y cultural, así como los hábitos higiénicos, dietéticos, toxicomanías y la actividad laboral en el caso de la madre trabajadora. Debemos conocer el grupo sanguíneo y factor Rh de la mujer y de su pareja, también se deben eliminar conocimientos erróneos que las tradiciones populares ofrecen, el hábito más difundido es sin lugar a dudas el tabaquismo, además de los problemas genéricos que dicho hábito condiciona a todo fumador, es necesario que todos los integrantes del equipo de salud hagamos saber a las mujeres embarazadas de las graves consecuencias que pueden tener para el desarrollo de la gestación.

En los antecedentes personales patológicos debemos identificar padecimientos previos y vigentes que hallan generado secuelas que interfirieran o puedan alterar potencialmente el desarrollo de la gestación, debemos conocer padecimientos maternos que obliguen a dar tratamientos con fármacos teratogénicos o tóxicos para el producto. ⁽¹⁴⁾

Los antecedentes ginecoobstétricos completos otorgaran datos patológicos presentados por la paciente en embarazos anteriores que suelen ser elementos vitales para determinar conductas medicas. En la valoración del estado actual la fecha de la última menstruación es un dato cardinal para realizar el cálculo del tiempo de evolución del embarazo, en el terreno patológico siempre deberá interrogarse dirigidamente sobre la presencia de síntomas de vasoespasmio (mareo, náusea, acúfenos, fosfenos, tinitus, etc.), aumento anormal del peso, sangrado o leucorrea evitándose en lo posible el uso de fármacos y recomendando exclusivamente medidas generales.

La exploración física deberá ser detallada y dirigida según los datos obtenidos del interrogatorio. Durante la exploración general, será importante lo siguiente: revisión de las mamas y sus zonas linfoportadoras, el nivel del fondo uterino, el tacto vaginal cuidadoso y la exploración vaginal con espéculo para visualizar el cervix uterino, aprovechando generalmente el momento para la obtención de una muestra para estudios citológicos, así como las características de situación, presentación etc. del producto y su frecuencia cardíaca. Es de gran importancia para el médico, determinar los factores que catalogan a un embarazo en el concepto de bajo o alto riesgo, ya que en esta situación, deberá siempre que sea posible obtener la asesoría de otro especialista o realizar la derivación del caso al mismo obstetra, para beneficio de la paciente. ⁽¹⁵⁾

Entre los estudios paraclínicos a realizar en la primera consulta es conveniente determinar de rutina el grupo sanguíneo y el factor Rh, el V.D.R.L. y el perfil de TORCH (Toxoplasma, Rubéola, Citomegalovirus y Herpes), así como prueba de VIH en las pacientes que presenten alto riesgo. ⁽¹⁶⁾

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las consultas subsiguientes deberán registrarse por las necesidades dadas por los posibles riesgos según la época del embarazo, es por ello que la frecuencia de la consulta prenatal deberá modificarse en la siguiente forma:

Hasta las 32 semanas	cada mes
De 32 a 36 semanas	cada 15 días
De 36 semanas en adelante	cada 7 a 10 días

La frecuencia anterior se modificará en incremento de acuerdo a las necesidades que ocasionen la posible patología existente. En el IMSS se considera que la atención prenatal se debería iniciar desde el primer trimestre en todos los casos y que cada mujer debería de acumular por lo menos 7 consultas al final del embarazo. ⁽¹⁷⁾

Para tal efecto, se elaboro el documento instructivo de operación para el registro y codificación de las actividades de vigilancia materno infantil en las unidades medicas. ⁽¹⁸⁾

los datos evolutivos que deberán ser valorados en cada consulta subsiguiente en forma primordial son: ^(19x20)

Aumento de peso. - dentro del rango de 9 a 12 Kg.

Presión arterial. - es el parámetro mas importante y frecuentemente afectado en estado patológico en el tercer trimestre de la gestación, el médico vigilará que la presión arterial no se eleve por arriba de 15 mmHg en las cifras diastólicas y 30 mmHg en las sistólicas .

Crecimiento del fondo uterino. -se vigilará una adecuada correlación entre la altura del fondo uterino y las semanas de amenorrea.

Datos del producto .- situación, presentación, posición y latido fetal; la auscultación deberá ser por un periodo no menor de tres minutos con el fin de poder valorar adecuadamente la presencia o ausencia de alteraciones en el ritmo; un mejor indicador del bienestar fetal, especialmente respecto al parto prematuro, es el peso al nacer relacionado con la edad estacional y expresado como percentil del peso al nacer

Exploración ginecológica .- después de la semana 38 es conveniente una exploración de las condiciones cervicales con fines pronósticos y comparativos para el trabajo de parto; además, en la nulípara, es recomendable a esta edad estacional realizar una valoración clínica de la pelvis ósea con relación a la cabeza fetal .

Extremidades. - en busca de edema y la dilatación de los trayectos venosos .

INDICACIONES GENERALES:

DIETA. -es fundamental cuidar adecuadamente la dieta de la futura madre balanceando los diferentes nutrientes básicos.

HIGIENE PERSONAL. - de esta manera la paciente tiene menores posibilidades de comprometer su estado de salud con procesos infecciosos o parásitos que impliquen problema con el desarrollo del embarazo

ACTIVIDAD FÍSICA. -deben ajustarse a cada paciente de acuerdo a sus hábitos previos en relación con el momento evolutivo de la gestación .

LA EDUCACIÓN -es importante tratar de que la paciente logre tener la mayor información veraz acerca de su condición de embarazo y de todos los aspectos biológicos que este implica.

PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA. -implica una preparación física y mental apropiada y programada de la paciente y la pareja, que tiene por objeto permitir que el nacimiento del producto se realice en las mejores condiciones de colaboración física y mental de la madre.

FÁRMACOS DURANTE EL EMBARAZO -algunas ocasiones el médico se ve obligado a indicar a la paciente embarazada distintos medicamentos por diferentes condiciones, la mayoría de estos casos, el fármaco administrado habrá de cruzar la barrera placentaria y tendrá un efecto directo sobre el producto en desarrollo y, en otros casos, el efecto que el fármaco tenga sobre el organismo materno puede ser suficiente para comprometer las condiciones del producto. Por tanto es importante que el médico evite en lo posible, la administración de medicamentos durante este periodo. ^(21 X 22)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

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 tempranamente el tratamiento adecuado y con ello obtener madres y productos más sanos y abatir las tasas de mortalidad materna y perinatal. En la atención prenatal moderna, es necesario que el médico se haga conciente de la obligación que tiene de ofrecer las mayores ventajas diagnósticas en los casos de alteraciones diagnosticables prenatalmente.

Por otra parte desde la creación del IMSS los programas destinados a la atención perinatal han recibido una alta prioridad que se ha traducido en estrategias de actividades permanentes destinadas a ampliar la cobertura y mejorar la calidad de estos servicios para la población derechohabiente, por lo que resulta indispensable fortalecer las acciones educativas para promover la asistencia de las embarazadas de manera oportuna y sistemática a la atención prenatal, ya que se encontró que cerca de la mitad de las pacientes que fallecen en este periodo carecen de esta vigilancia ^(1 X 12) Constituyendo también la primera causa de partos prematuros, aumentando la morbimortalidad en estos, por lo que surge la necesidad de realizar la presente investigación, misma que pretende dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿ influye el control prenatal en la disminución de la incidencia de parto prematuro ?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. HIPÓTESIS:

El adecuado control prenatal disminuye la incidencia de parto prematuro.

3. OBJETIVO:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar si existe una menor frecuencia de parto prematuro en mujeres que tienen un adecuado control prenatal en comparación con las que no lo tuvieron y que fueron usuarias de la U.M.F. No. 21 durante el periodo de enero a diciembre del año 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio de tipo transversal, retrospectivo, observacional, descriptivo, comparativo y analítico, efectuándose a todas las pacientes usuarias a la U.M.F. No. 21, Delegación 4 Sureste del Distrito Federal, que presentaron parto durante el periodo de enero a diciembre del año 2001. Obteniéndose lista nominal en el servicio de ARIMAC, así como del servicio de Enfermería Materno Infantil (EMI) para captar mujeres que presentaron parto durante el periodo requerido para el estudio ya que algunas de las mujeres captadas de las listas nominales del servicio de ARIMAC se encontraban dadas de baja. Posteriormente se solicitaron los expedientes en los consultorios correspondientes obteniendo los datos directamente de éstos recolectándose en una hoja de vaciado para su análisis posterior. (anexo 1)

Los datos se recolectaron directamente de la forma MF7 (control prenatal) y reportes de alta expedidos por el Hospital General de Zona (H.G.Z) 2°. Troncoso de donde se capturaron los datos del tipo de parto y Semanas de Gestación así como datos del Recién nacido. La prueba de campo o ensayo no fue necesaria.

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Con apoyo del paquete estadístico EPI INFO, se realizó un cálculo de muestras para población finita, basándose en la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2 pq}{d^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra mínimo necesaria desde punto de vista estadístico.

N= Universo de trabajo. (1924 niños nacidos de enero a diciembre del 2001)

Z= Nivel de significancia, es decir 0.05 = 1.96 en ambas colas de la distribución normal de la curva

P= Es la proporción en que se encuentra la variable de 0.5

q = Probabilidad complementaria y es de 0.5%

d= Nivel de precisión, es decir el grado de error dispuesto aceptar 0.05

Sustituyendo:

$$n = \frac{1924(1.96)2(0.5)(0.5)}{(0.05)2(1924-1)+(1.96)2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{1924(3.84)(0.25)}{(0.0025)(1923)+(3.84)(0.25)}$$

$$n = \frac{1847.04}{4.8075+0.96}$$

$$n = \frac{1847.04}{5.767}$$

n=320 (tamaño mínimo de muestra)

● CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. todas las mujeres que usuarias de la U.M.F. No. 21 que presentaron parto durante el periodo de enero a diciembre del año 2001
2. Que cuenten con hoja de atención médica prenatal y riesgo reproductivo (MF7)
3. Que cuenten con hoja de alta postparto.

● CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

1. Mujeres que presentaron parto prematuro programado (ejemplo: embarazo múltiple)
2. Mujeres que presentaban enfermedades crónicas previas al embarazo (ejemplo: DM2, HAS, cardiopatías, etc.)
3. Pacientes de las cuales no se encontraron los expediente clínicos en la U.M.F. No. 21.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

30. CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO:

Por el tipo de estudio efectuado, no fue necesario el consentimiento informado, con base en la normatividad expuesta en la declaración de Helsinki en 1964 y su modificación realizada en Tokio de 1975.

La investigación no viola y esta de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenidos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, ratificada en la 41 Asamblea Médica mundial en Hong Kong en Septiembre de 1989.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país el trabajo conforme al título segundo capítulo 1, artículo 17, categoría 1, que dice "investigación sin riesgo debido a que los individuos que participarán en el estudio, únicamente aportaron datos a través de una entrevista o se revisan expedientes clínicos, lo cual no provoca daños físicos ni mentales".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES:

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	indicador	Escala de medición
Control prenatal	• Variable independiente.	Procedimiento clínico y paraclínico así como educativo, mediante el cual se busca evitar al mayor grado posible la afección de la madre y el producto por cualquier proceso fisiopatológico	1. Historia clínica completa. 2. Mínimo 4 consultas prenatales donde se valore: Peso, Talla, edad, antecedentes gineco-obstétricos, Edad gestacional, fecha probable de parto, y tensión arterial. 3. Exámenes de lab. (BHC, EGO, Grupo y Rh, VDRL, O.S, papaniculosis) 4. Valoración del producto: Frecuencia Cardíaca fetal, Altura del fondo uterino, Escalas nuchales de Leopold. 5. Detección y tratamiento de patologías agregadas.	• Adecuado Si cumple con Historia clínica, al menos 4 consultas prenatales, exámenes de laboratorio básicos, valoración del producto y detección y tratamiento de patologías agregadas • Inadecuado. Si no cumple con todos los puntos arriba mencionados.	• Cualitativa. • Nominal.
Parto prematuro	• Variable dependiente.	Expulsión del producto del organismo materno entre las 28 a las 37 semanas de gestación.	Todo producto que halla nacido entre la semana 28 y la 37 de la gestación.	• Si • No	• Cualitativa. • Nominal.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

5. DISEÑO ESTADÍSTICO:

Se realizó un concentrado obteniéndose una sabana de datos y posteriormente se realizaron medidas de tendencia central obteniéndose las variables más representativas.

Para comprobar posibles asociaciones entre dos variables se utilizó tabla de contingencia de 2×2 , de donde se pudo obtener razón de momios, riesgo relativo, tasa de incidencia de expuestos y tasa de incidencia de no expuestos, así mismo se utilizaron intervalos de confianza al 95%.

Se diseñó una base de datos con el apoyo del paquete estadístico SPSS 10.0; en el mismo paquete se realizaron los análisis de las diferentes variables. Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes y para las variables de tipo cuantitativo se obtuvieron media y valores máximo y mínimo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6. RESULTADOS:

Se recopilaron datos de 320 expedientes de mujeres que presentaron parto en el periodo de enero a diciembre del año 2001 eliminándose 4 expedientes por encontrarse con información incompleta, encontrando que 255 pacientes que corresponden a 80.7% de la población presentaron parto de término y 61 pacientes correspondientes al 19.3% de la población presentaron parto pretérmino. (tabla 1) Encontrando que 166 pacientes que corresponden al 52.5% recibieron un control prenatal inadecuado con 4 consultas prenatales o menos y 150 pacientes correspondientes al 47.5% tuvieron un control prenatal adecuado con 5 consultas prenatales o más. (TABLA 2)

TABLA 1

TIPO DE PARTO

variable	frecuencia	porcentaje
Parto normal	255	80.7
Parto pretérmino	61	19.3
total	316	100.0

TABLA 2

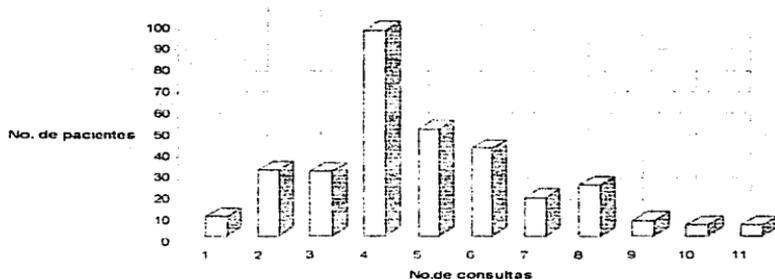
CONTROL PRENANTAL

variable	frecuencia	porcentaje
No de consultas		
1	9	2.8
2	31	9.8
3	30	9.5
4	96	30.4
5	50	25.8
6	41	13.0
7	18	5.7
8	24	7.6
9	07	2.2
10	06	1.6
11	05	1.6
14	316	100
total		

Predominando 4 consultas otorgadas a 96 pacientes que corresponden al 30.4% de la población. Siendo una consulta el rango mínimo encontrado en 9 pacientes y 14 consultas como rango máximo en 5 pacientes (Gráfica 1)

GRAFICO 1:

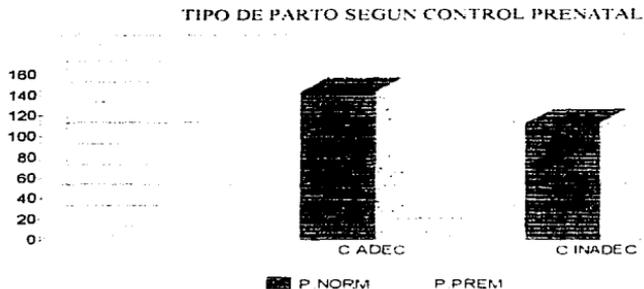
FRECUENCIA DE PACIENTES SEGÚN NÚMERO DE CONSULTAS



Se encontró que de las pacientes 255 pacientes que presentaron parto de término 143 tuvieron un adecuado control prenatal, lo que corresponde al 56 % y 112 pacientes que presentaron parto de término no tuvieron un adecuado control prenatal, lo que corresponde al 43.9%.

7 de las 61 pacientes que presentaron parto prematuro tuvieron un adecuado control prenatal correspondiente al 11.4% mientras que 54 pacientes que no tuvieron un adecuado control presentaron parto pretérmino que corresponde al 88.5% de esta población (GRAFICO 2)

GRAFICO 2:



Al realizar el cruce de variables para conocer asociaciones causales encontramos que:

TABLA 3

TABLA DE CRUCE DE VARIABLES

CONTROL PRENATAL	TIPO DE PARTO	
	DE TERMINO	PRETERMINO
ADECUADO	143	7
INADECUADO	117	54

TIE (Tasa de Incidencia de Expuestos) = 95% Lo que significa que el 95% de las pacientes que presentaron un adecuado control prenatal tuvieron un parto de termino

TINE (Tasa de Incidencia de No Expuestos) = 67% Lo que significa que el 67% de las pacientes que no tuvieron un adecuado control prenatal presentaron parto de termino.

II (Tasa de Incidencia) = 80% Lo que indica que el 80% de la población en estudio presentaron parto de termino con un adecuado control prenatal o no.

RPC (MOMIOS) = 9.8 Por lo tanto las pacientes que tienen un control prenatal adecuado tiene 9.8 veces más de posibilidades de presentar un parto de término que las pacientes que no tienen un control prenatal adecuado

RR (Riesgo Relativo)=3.6 Lo que indica que con un control prenatal adecuado se tiene 3.6 veces más de ventaja de presentar un parto de término.

RRA (Reducción del riesgo absoluto)= 2.8%, por lo tanto hay 3% más de riesgo de presentar parto prematuro en las pacientes que no tuvieron un adecuado control prenatal que en las que sí lo tuvieron

RRR (Reducción del Riesgo Relativo): Se reduce en un 26% el riesgo de presentar parto prematuro en pacientes que han tenido un adecuado control prenatal.

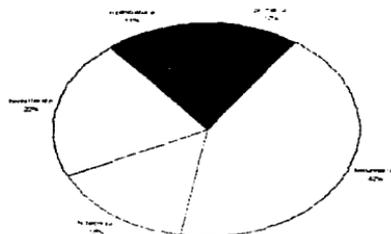
RA (Riesgo Atribuible): 72% Esto nos dice que el 72% de partos de término son atribuibles a un adecuado control prenatal

NNT (Número Necesario a Tratar)= 3.5 Lo que nos indica que por cada paciente que presente parto de término con un mal control prenatal habrá 3.5 pacientes que presentes parto de término con un adecuado control

PREVALENCIA 19% es la estimación de la probabilidad (riesgo) de que un individuo este enfermo o presente un fenómeno patológico en un momento determinado.

Dentro de otros factores asociados encontramos que la escolaridad predominante es el nivel secundaria, seguido por el bachillerato y la secundaria técnica (GRÁFICO 3)

NIVEL DE ESCOLARIDAD

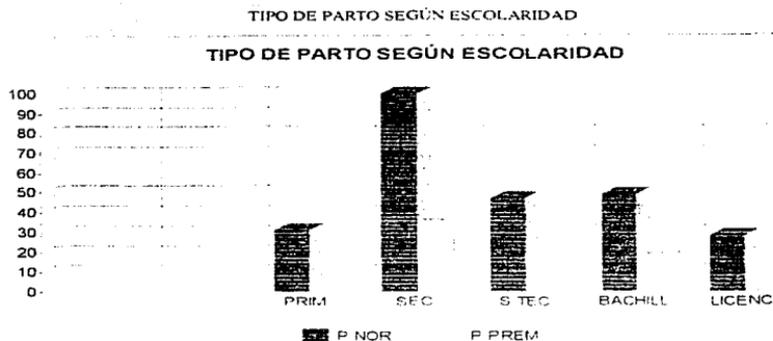


Al observar las tablas comparativas encontramos que el nivel de escolaridad en ambos grupos sigue siendo el nivel secundaria con un 39,2% en el grupo de pacientes que presentaron parto de término y 59% en el grupo de pacientes que presentaron parto pretérmino (TABLA 4) (GRÁFICO 4)

TABLA 4

	TIPO DE PARTO SEGUN ESCOLARIDAD					TOTAL
	PRIMARIA	SECUNDARIA	NIVEL TECNICO	BACHILLERATO	LICENCIATURA O MAS	
PARTO NORMAL	31	100	47	49	28	255
PARTO PREMATURO		36		19	6	61
TOTAL	31	136	47	68	34	316

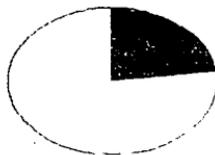
GRAFICO 4



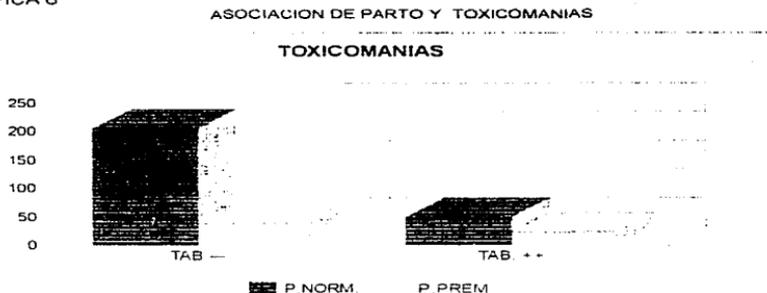
Se observó que el tabaquismo está presente en el 22.7% de la población total estudiada, encontrándose positivo en el 19.2% de las pacientes que presentaron parto de término y en el 37.7% en el grupo de pacientes que presentaron parto pretermino (GRAFICAS 5 Y 6)

GRAFICA 5

FRECUENCIA DE TOXICOMANIAS

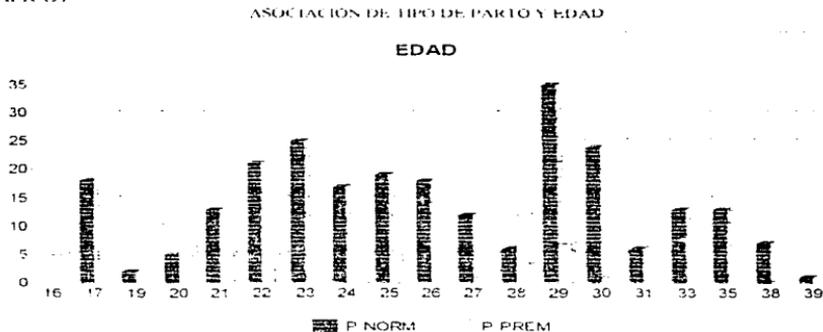


GRAFICA 6



El promedio de edad se encontro en los 29 años, teniendo como edad minima los 16 años y edad máxima de 39 años. Con un promedio de edad de 26 años en las pacientes que presentaron parto de término y de 22 años en el grupo de pacientes que presentaron parto prematuro (gráfica 7)

GRAFICO 7



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

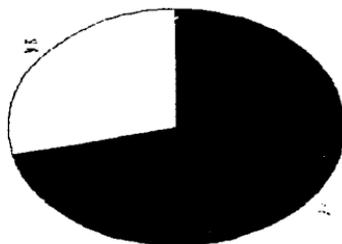
La morbilidad (Infección de Vías Urinarias y Cervicovaginitis) estuvo presente en el 73 % de las pacientes estudiadas, encontrándose en un 70 % de las pacientes que tuvieron un parto normal y en un 79% de las pacientes que presentaron un parto prematuro. (TABLA 5) (GRAFICA 8)(GRAFICA 9)

TABLA 5

		ASOCIACIÓN DE TIPO DE PARTO Y MORBILIDAD		TOTAL
		SI	NO	
PARTO TERMINO	DE	178	77	255
PARTO PRETERMINO		48	13	61
TOTAL		226	90	316

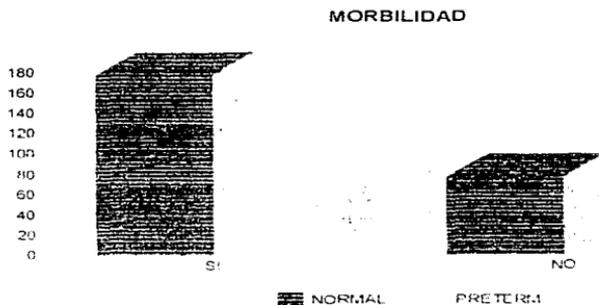
GRÁFICA 8

MORBILIDAD TOTAL EN CONTROL PRENATAL



GRAFICA 9

ASOCIACION DE MORBILIDAD Y TIPO DE PARTO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. CONCLUSIONES:

1. Se calculó una prevalencia de 19% lo que es mayor a las cifras reportadas por los autores quienes señalan una prevalencia de entre 6 y 12 % en la población mundial aunque refieren que no existen hasta la fecha cifras confiables para México. ⁽³⁾
2. Se observó que un 52% de las pacientes que acudieron a control durante el año 2001 tuvieron 4 consultas prenatales o menos, presentando un 56% de pacientes con adecuado control y un 43.9% sin adecuado control prenatal, resalta el hecho de que con un adecuado control prenatal sólo se presentó parto prematuro en un 11.4% de la población en estudio, lo que si corresponde a las cifras reportadas por los autores, sin embargo en aquellas pacientes que no tuvieron un adecuado control se presentó parto prematuro hasta en un 88%.
3. En cuanto a la tasa de incidencia se reportó parto de término en un 80% con adecuado control prenatal o sin éste, lo que es congruente con la prevalencia calculada.
4. La Razón de Momios reportó una ventaja de hasta 9.8 veces más posibilidades de presentar parto de término con un adecuado control prenatal contra un 3.6 veces más posibilidades de ventaja que reportó el Riesgo Relativo, sin embargo al realizar la reducción de riesgo absoluto se observa que el riesgo de presentar un parto pretermino es del 3% en aquellas pacientes que no recibieron un adecuado control prenatal contra las que si lo tuvieron.
5. Respecto a factores asociados se encontró que la escolaridad predominante es el nivel secundaria en ambos grupos lo que no significa un factor definitivo para la presencia de parto prematuro, aunque de cualquier manera el nivel de escolaridad de las pacientes que presentaron parto prematuro siempre fue inferior al de las pacientes que tuvieron un parto de término.
6. En este estudio se encuentra una fuerte asociación al tabaquismo ya que se observa en un nivel del 22.7% del total de la población estudiada, 19.2% en las pacientes que presentaron parto de término y en las pacientes que presentaron parto prematuro se duplicó el porcentaje de pacientes fumadoras.
7. En cuanto al factor edad no se observa diferencia significativa ya que el promedio de edad en las pacientes que tuvieron parto de término fue de 26 años y de 22 años en las pacientes que presentaron parto prematuro. Sin embargo se observa que en el segundo grupo hubo pacientes de 16 años, lo que indica la importancia de realizar educación sexual en el adolescente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8. Se investigó el porcentaje de pacientes que presentaron infección de vías urinarias y Cervicovaginitis por ser estas las principales patologías que afectan a la mujer embarazada, encontrando que el porcentaje de presentación es alto llegando hasta un 79% en las pacientes que presentaron parto pretermino, sin embargo en aquellas pacientes que presentaron parto de termino también se presentó en un porcentaje alto de hasta 70%, por lo que no se puede concluir que este sea un factor definitivo en la presentación del parto prematuro. Aunque en la literatura están reportados como factores causales junto con la Ruptura Prematura de Membranas.^(14x7)

9 En conclusión el parto prematuro es considerado como un síndrome en el cual interactúan múltiples factores de riesgo ^(2x3) y según los resultados de este estudio todos influyen de manera importante pero no se puede establecer un factor causal definitivo, en este estudio se observa que a pesar de que casi el 53 % de las pacientes no tuvieron un control adecuado la prevalencia de presentación de parto prematuro en este grupo de estudio no cambio de manera importante respecto a lo que la literatura reporta, sin embargo este estudio nos deja ver que cuando hay un adecuado control prenatal tenemos una ventaja de hasta un 95 % en la tasa de incidencia de parto de termino, proporcionando así una ventaja real a nuestros pacientes de tener una calidad de vida más elevada, evitándoles las complicaciones y los riesgos que el parto prematuro nos representa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8. SUGERENCIAS:

1. En base a los resultados de este estudio y a investigaciones previas, se ha determinado que las mujeres más vulnerables a presentar parto prematuro es aquellas que presentan mayor cantidad de factores de riesgos asociados los que van desde al edad, la escolaridad, las toxicomanias y los procesos infecciosos por mencionar algunos, por lo que el Equipo de salud multidisciplinario deberá estar capacitado para que en la atención proporcionada a éste grupo de pacientes se detecten oportunamente estos factores de riesgo y se incida en ellos positivamente.
2. Las medidas primarias deberán estar enfocadas a la prevención recalcando los factores de riesgo que son modificables para disminuir o eliminar éstos, así como canalizar oportunamente a los diferentes grupos de autoayuda a sectores vulnerables como lo son el grupo de adolescentes por ejemplo.
3. Deberá hacerse énfasis en el daño directo causado por las toxicomanias así como la importancia de ejercer hábitos higiénico-dietéticos adecuados formando grupos de información a mujeres embarazadas, estimulando su asistencia con un lenguaje claro y comprensible.
4. Otorgar seguimiento adecuado como lo marca la NOM a pacientes que hallan sido detectadas con factores de riesgo altos para presentar parto pretérmino o que tengan antecedentes de haber presentado parto pretérmino previo, recordando que este problema de salud tiene múltiples factores de riesgo en muchas ocasiones no pueden ser prevenibles.
5. Conocer la dinámica familiar de la paciente para evaluar la interacción adecuada modificando los factores de riesgo cuando hallan sido detectados con el apoyo de su núcleo familiar, sugiriendo estrategias de intervención que les permitan modificar de forma positiva las alteraciones detectadas, con la pertinente participación del equipo de salud multidisciplinario.
6. Reiterar a las pacientes la importancia de acudir puntualmente a sus valoraciones para poder otorgar un control prenatal adecuado y evitar posibles complicaciones ya que como vimos en este estudio se observo que como mínimo de consultas se acudió a una sola valoración y como máximo se observaron 14 consultas, por lo que se debe capacitar a todo el equipo multidisciplinario para lograr un adecuado apego al control prenatal, apoyados principalmente por el personal de trabajo social para captar aquellas pacientes que son renuentes y modificar de manera positiva esta problemática.

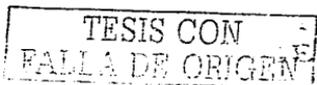
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9. BIBLIOGRAFÍA QUE POYA EL ESTUDIO:

1. González G. A .,Ginecología y Obstetricia, México, Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 Del IMSS. Pág. 85-101.
2. Grandi C., El rol de la infección en la etiología del parto prematuro, Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1996, XV, No.2 Pág. 78-86
3. Velasco M. V., Prevención y tratamiento del parto pretérmino, Rev. Med. IMSS 2001; 39 (5): 417-427
4. Grandi C, Perego M, Briozzo G, Cassini A, Di Marco I, Fibronectina fetal en secreción cervical como predictor del parto prematuro. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1996, XV, No. 3 Pág. 127-136
5. Guía diagnóstico - terapéutica., Atención prenatal en Medicina Familiar. Rev. Med. IMSS 1998 Vol. 36 No. 1 Pág. 45-60
6. Sanin Blair J.C., Controversias en el manejo del Síndrome de Parto Pretérmino, Rev. de Ginecol. Y Obst. 2001 Vol. 98 (3): 491-497
7. Enciclopedia viasalus., Prematurez, Salvat Editores S.A. B-07845-2001
8. Mancilla R. J.,ruptura Prematura de Membranas y parto pretérmino, Gac. Med. Méx. Vol. 134 No. 4 Pág.423-25
9. Cota L. G, Morales C. A, Prince V. R., Infección Cervicovaginal y riesgo de parto prematuro Rev. Med del IMSS 2001; Vol.39 No.4 Pág. 289-293
10. Baltimore M., Practicas internacionales de salud, Population Reports, diciembre 1999, Vol. 27, No.4, Serie L, Numero 11

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11. Donoso S. E. Castro S. R., Control Prenatal, Dpto. de obstetricia y Ginecología. Pontificia Universidad Católica de Chile. MEC 258-B 2000 Pág. 1-18
12. Velasco M. V, Navarrete H. F, cardona P. J, Madrazo N. M., Mortalidad materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social 1987-1996, Rev. Med. IMSS 1997 Vol.35 No.5 Pág. 377-383
13. Blumenkranz V., Medicina Familiar-Cuidado prenatal, Departamento de Medicina Familiar de la universidad del sur de California, CMAJ 2000 Vol.. 163 No.3
14. ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement) Health Care Guideline, Routine Prenatal Care September 2001.
15. Ley General de salud en atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, Secretaría de Salud Méx. 1993 Pág. 1-19
16. Guerrero D. B, Castro S, Biotti M , Control Prenatal. Referencia y Contrareferencia. Seguimiento post-parto España, Guías de atención perinatal.2001
17. Martinez G. L, Reyes F. S, Garcia P. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Publica Mex 1996 Vol.38 No 5. Pág. 341-351
18. Sandoval P. A, Andrade H. M, Cordero S. G, Bravo A. M., Calidad en el proceso de la Información en atención prenatal, Rev Med Del IMSS 1996 Vol. 34 No. 2 Pág. 165-168
19. Villar J, Ba'aqeel H, piaggio G, Lumbiganon P, Belizán J, Farnot U, et al
WHO antenatal care randomised trial for the evaluación of a new model of Routine antenatal care Lancet. 2001; 357: 1551
20. De Jong C.I.D. , Optimal antenatal care by the aplicación of individualised standards European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2000; 92 :185-187



ANÁLISIS NO SALIÓ
DE LA BIBLIOTECA

21. Belizán J. M., Estrategias para lograr una mejoría en los resultados del control prenatal
Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1996, XV, No 1 Pág. 7-11
22. Van der Velde J., Efectos de los corticoides en la maduración fetal y la evolución perinatal
National institute of Health. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1996, XV, No. 1
23. Rubinstein A., Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria, Editorial Medica Panamericana.
Buenos Aires Argentina 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

10. ANEXOS:

HOJA DE VACIADO DE DATOS PARA EVALUACIÓN DE INFLUENCIA DEL CONTROL PRENATAL EN LA DISMINUCIÓN DEL PARTO PREMATURO EN MUJERES USUARIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21 DEL IMSS DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2001.

EDAD: _____

PESO: _____

TALLA: 1= 1.50 Ó +
2= 1.49 Ó -

ESCOLARIDAD: 1. ANALFABETA.
2. PRIMARIA.
3. SECUNDARIA.
4. SEC. TÉCNICA.
5. BACHILLERATO.
6. LICENCIATURA Ó +

EDO. CIVIL: 1. SOLTERA.
2. CASADA
3. UNION LIBRE.

F.U.M: _____

F.P.P: _____

GESTAS: _____

PARA: _____

ABORTOS: _____

CESÁREAS: _____

ANTECEDENTES DE PARTOS
PRETERMINOS: _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:
1= SI
2= NO

ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLÓGICOS: 1= SI
2= NO

TOXICOMANÍAS: 1= NO
2= TABAQUISMO
3= ALCOHOLISMO
4= OTROS

MORBILIDAD: 1= IVU
2= CERVICOVAGINITIS
3= AMBOS
4= OTROS

FACTOR DE RIESGO: 1= BAJO
2= ALTO

NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES
ADECUADAS OTORGADAS.

FECHA DE PARTO: _____

TIPO DE PARTO: 1= DE TÉRMINO
2= PREMATURO

PESO DEL PRODUCTO: _____

SEXO: _____

VÍA: 1= EUTÓCICO
2= CESÁREA
3= FORCEPS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN