



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SECRETARIA DE SALUD**

**BENEMERITO HOSPITAL GENERAL
JUAN MARIA DE SALVATIERRA**

**Incidencia de la atención de parto pretérmino experiencia
institucional en el servicio de ginecoobstetricia del
“Benemérito Hospital General Juan María de Salvatierra”, en
La Paz B.C.S.**

**TESIS PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

Dr. Wiltber Armin Castro Montoya

ASESOR DE TESIS:

Dr. Gustavo Jorge Farías Noyola

La Paz, Baja California Sur

Noviembre 2010





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.

TESIS DE POSTGRADO

Incidencia de la atención de parto pretérmino experiencia institucional en el servicio de ginecoobstetricia del “Benemérito Hospital General Juan María de Salvatierra”, en La Paz B.C.S.

Dr. Wiltber Armin Castro Montoya

Dr. Mauricio Padilla R.
Jefe Del Servicio De
Ginecología Y Obstetricia

Dr. Carlos Arriola Isais
Titular Del Curso De
Ginecología Y Obstetricia

Dr. Gustavo Farias Noyola
Jefe del Departamento de
Enseñanza e Investigación
y Asesor de Tesis

Dr. Mario Salomón V.
Subdirector De Innovación
Y Enseñanza Estatal

Dra. Andrea Álvarez Villaseñor
Asesor Metodológico

Lic. Enf. Blanca cristina Osuna León
Asesor metodológico

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis está dedicada a mi esposa, Lorena; gracias por apoyarme en todo momento, en aquellos momentos tan difíciles siempre estuviste a mi lado, apoyándome y dándome aliento con un abrazo y una sonrisa, gracias por tu cariño y respeto durante todo este proceso. Por que junto a ti, la alegría compartida aumenta su proporción y la tristeza disminuye significativamente. Valoro cada momento que estuviste a mi lado, enfrentando todo obstáculo que se presento, por apoyar mi proceso en la residencia, tu gran comprensión y paciencia.

A Ronaldito, mi hijo, por llegar a nuestras vidas, llenarla de asombro y felicidad, complementaste nuestra vida, gracias por tus abrazos y cariño que a tu corta edad lo demuestras muy bien.

Gracias a ustedes Lorena y Roni, son lo que más amo en este mundo, por ser la fuente de mi inspiración y motivación para superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mis padres, por siempre estar ahí, creer en mí y darme la oportunidad de realizarme en esta profesión, ahora entiendo el porqué de cada consejo, que en ocasiones por mi inmadurez no logre comprender, ahora entiendo que todo fue por mi bienestar, ustedes estuvieron desde el principio de este sueño y sin ustedes no estaría aquí, son los mejores padres del mundo. Mis hermanas Gleyra Y Abigail son dos mujeres que son parte fundamental en mi vida sin ellas no hubiera llegado a estos instantes de mi vida.

A mis suegros por el apoyo brindado en todo este tiempo por cuidar a mi familia en mis momentos de ausencia y su amistad ofrecida en cada momento.

Dr. Tamayo, un gran maestro y amigo que siempre estuvo disponible para compartir sus conocimientos, siempre al pie del cañón para llevar a cabo una residencia de calidad y amigable, a la Dra. Andrea Álvarez por su orientación en el desarrollo de esta tesis, gracias por su paciencia y disposición para el desarrollo de este trabajo. Un Agradadecimiento especial Dr. Farías Y Enfermera Cristina por su gran apoyo para la realización de esta tesis.

Parte importante en mi formación sin duda alguna son los Médicos Adscritos, quienes son los responsables de mi formación como especialista, agradezco inmensamente a cada uno de ellos, porque de cada uno aprendí, tanto a nivel profesional como personal, gracias Dr. Arriola, Dr. Camacho, Dr. Cortes, Dr. Esponda, Dr. Bazán, Dra. Sánchez, Dra. Tirado y Dr. Padilla Dr. Manríquez Dr. Cardoza, Dr. Padilla, Dr. Ruíz, Dr. Frías. Por Ultimo dejo a Dr. Quintero, Dr. Díaz, Dr. Faz, Dr. Gatica por su amistad incondicional durante mi residencia medica por sus enseñanzas y sus consejos.

Por Último a Mis grandes Hermanos compañeros en momentos importantes en mi vida que me acompañaron en las buenas y las malas de corazón les agradezco todos estos momentos compartidos Dra. Dueñas más que una amiga una hermana que compartimos tantas alegrías y tristezas dios te bendiga siempre, Dra. Flavia por todos los

momentos compartidos fue con la que mas compartí noches de desvelos en tantas guardias una amiga que me apoyo en todo momento de igual manera a Dra. Savin que le tengo el mismo afecto por su amistad incondicional.

Gracias a todos mis compañeros residentes por todos los momentos vividos en estos años Dr. Carbajal, Dra. Quintero, Dr. Rivera, Dra. Domínguez, Dra.Obiala, Dra.Chiquete, Dra. Angélica y Polo.

INDICE

Agradecimientos	3
MARCO TEORICO	8
Antecedentes científicos	11
Factores asociados a la presentación del nacimiento pretérmino	18
Factores socioeconómicos	18
Características maternas	19
Actividad sexual	20
Factores obstétricos	21
Antecedentes de parto pretérmino	21
Hemorragia vaginal	22
Edad materna	22
Raza	22
Embarazos múltiples	23
Infecciones	24
Anomalías placentarias	26
Anomalías uterinas	27
Patología fetal	28
Sobredistensión uterina	28
Trabajo de parto de origen desconocido	29
Patologías del embarazo	29
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	30

PREGUNTA DE INVESTIGACION	31
JUSTIFICACION	31
HIPOTESIS	32
OBJETIVOS	33
Objetivo general	33
Objetivos específicos	33
MATERIAL Y METODOS	33
Tipo de estudio	33
Universo	33
Población	33
Muestra	33
Criterios de inclusión	34
Criterios de exclusión	34
VARIABLES DE ESTUDIO	35
Variables independientes	35
Variables dependientes	35
ANALISIS ESTADISTICO	35
ASPECTOS ETICOS	36
RESULTADOS	37
DISCUSION	52
CONCLUSIONES	55
ANEXOS	56
BIBLIOGRAFIA	57

MARCO TEORICO.

La frecuencia de nacimientos pretérmino ha aumentado de manera geométrica tanto en los países desarrollados como en las naciones en vías de desarrollo.

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 medicas, con el consecuente aumento del número de neonatos prematuros los métodos de reproducción asistida llevan también una mayor frecuencia de embarazos múltiples con una mayor posibilidad de terminar en forma prematura. La promiscuidad esta de la mano con un incremento en la incidencia de infecciones de transmisión sexual y con un mayor número de infecciones congénitas, que puede dar como resultado un incremento de partos pretérmino.

Es bien conocida la asociación de un nacimiento pretérmino previo con la posibilidad de un nuevo embarazo que se resuelve antes del término. La mayor frecuencia de enfermedades metabólicas, crónico degenerativas y auto inmunes, también se asocia con un incremento de nacimientos pretérmino. De la misma manera, en una sociedad en transición epidemiológica intermedia, en la cual aumentan los procesos patogénicos crónico degenerativos, sin haber superado la predominancia

de enfermedades infectocontagiosas propias del subdesarrollo, no sorprende encontrar asociado este problema, por otra parte también es frecuente encontrarla insuficiente y en ocasiones deficiente disponibilidad de recursos de atención de cuidados intensivos y aun intermedios para neonatos de pretérmino. En el mejor de los casos, en aquellos lugares en que se cuenta con estos servicios, se presenta la situación de la infraestructura de equipamiento y material adecuado, pero con personal insuficiente de número, o bien la situación contraria. Es una realidad en la que muchas de las veces, la demanda sobrepasa la capacidad de los hospitales y que existe por tanto, una oferta de servicios insuficiente.

El nacimiento pretérmino como un problema de interés mundial, tiene una tendencia por el incremento a diversos factores, uno de ellos está relacionada por un manejo médico inversionista por lo que la aplicación de criterios que pueden ser controvertidos, favorece la interrupción temprana del embarazo con o sin patología obstétrica concomitante, o bien con alteraciones fetales. La decisión médica de interrumpir un embarazo antes del término se relaciona con la intención de reducir el riesgo del embarazo, que de prolongarse por más tiempo podría ser de consecuencias negativas para el feto o la madre. El avance en las técnicas de detección del bienestar fetal, el progreso en la reanimación y cuidados neonatales y la colaboración obstetra pediatra son aspectos que se justifican como suficientes para suponer que existen mejores

condiciones para la vida extrauterina, que para mantener el embarazo por más tiempo.

A pesar de los avances sustanciales en los cuidados perinatales durante los últimos decenios, la tasa de prematuras se ha mantenido en casi 7% de los nacimientos. Así mismo, el nacimiento pretérmino es la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad perinatal en los estados unidos, teniendo casi el 70 % de mortalidad perinatal de fetos sin anomalías. En los pasados 25 años ha habido significativos avances en la medicina perinatal y en general en los procesos reproductivos. Desafortunadamente, al mismo tiempo que ha habido avances en el manejo de embarazos complicados por eritroblastosis fetal, diabetes mellitus, restricción del crecimiento intrauterino, ciertas malformaciones fetales, etc. no se ha visto ninguna reducción significativa de la incidencia del nacimiento pretérmino.

Actualmente, nos enfrentamos a una población joven en edad reproductiva, como el estrato más grueso de la población mexicana. Este, 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 claro entonces, suponer que el parto de pretérmino seguirá constituyendo un verdadero problema de salud pública, en al menos los próximos 15 a 20 años y que plantee la necesidad de proponer soluciones inteligentes para solventarlo.

En México, prácticamente no se han realizado estudios en cuanto a las causas que con mayor frecuencia provocan estos nacimientos pretérmino y la repercusión perinatal que presenta, por lo que en este trabajo se evalúa en nacimiento pretérmino en un hospital de segundo nivel del sector público y se describen las circunstancias relacionadas para la presentación del evento y las principales consecuencias fetales.

Antecedentes científicos

Según la organización mundial de la salud (OMS), la expulsión o la extracción completa del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, que pesa al menos 500 gramos y que tras dicha separación respira o muestra cualquier otro signo de vida, es un nacimiento pretérmino. Si no se conoce el peso se considerara un tiempo gestacional de al menos 22 semanas de amenorrea o una talla de al menos 25 cm al momento del nacimiento. ⁽¹⁾

Para su estudio el nacimiento pretérmino se ha dividido en forma convencional en cuatro grandes grupos:

Grupo I: el que ocurre en la semana 35 y 37 de embarazo con productos ya viables que no significan problema ya que su resolución a esa edad gestacional nos va dar un porcentaje satisfactorio para el binomio en más del 85%.

Grupo II: abarca de las 32 a las 34 semanas con productos probablemente viables en donde las lesiones y o bienestar del binomio, pero sobre todo del producto se encuentran en el límite, de ahí que la conducta, manejo y responsabilidad del obstetra y pediatra se

encuentran en la misma línea y tesitura de la indecisión y riesgo, por lo tanto, son los casos que revisten mayores controversias, las conductas más discutidas y apasionadas para los que de alguna u otra forma participan en la resolución. Esta etapa también constituye para el especialista y sub especialista en el mayor reto y la etapa decisiva en su consolidación, requiriendo de sensibilidad para saber cuándo debe decidirse un sí o un no en la interrupción de un embarazo en particular.

Grupo III: abarca de las 28 a las 31 semanas. Al ser este grupo de mucho riesgo y pocas posibilidades de éxito, todo lo que se haga para sacar adelante un problema y se corone con el éxito, deberá calificarse como un logro, independientemente si este es parcial o total.

Grupo IV: último grupo con gestaciones menores de 28 semanas y productos no viables. Las posibilidades de éxito son bajas y lo único por hacer es actuar oportunamente en el inicio del problema, tratando de preservar ante todo la vida de la paciente y al función de un órgano (útero y anexos) y como un aspecto de menor importancia la sobrevivencia del producto.

Estos cuatro grandes grupos, nos ubicaran en cuanto a posibilidades pronóstico-terapéuticas en el binomio, independientemente de su etiología, que sin embargo sirve como un principio en la toma de decisiones para el manejo conservador o resolutivo, considerando los riesgos que se tienen en uno y otro sentido a fin de elegir la conducta más adecuada en cada caso en particular. (7)

La mortalidad perinatal consiste en la muerte del producto de la concepción intrauterino antes del nacimiento así como los productos con peso mayor de 500 gramos, y que nacidos vivos fallecen en los primeros 28 días de vida extrauterina. Se consideran 2 periodos perinatales: el perinatal II, que comprende a los productos mortinatos de 500 gramos o mas y las muertes neonatales de productos mayores de 500 gramos, en el lapso comprendido en el nacimiento y los 28 días postnatales: y el perinatal I que incluye a los productos de 28 semanas de gestación con peso de 1000 gramos o mas ya sea mortinato nacidos vivos que mueren en los primeros 7 días postnatales.

En el hospital de gineco - obstetricia del centro médico (LA RAZA) en un total de 32,517 nacimientos (1985-1987) hubo 31,073 nacidos vivos y 1,444 mortinatos, con 1107 muertes neonatales con una tasa de mortalidad perinatal II de 78.45 por mil la tasa de mortalidad perinatal fue de 49.45 por mil con 944 mortinatos., es importante hacer notar que son mas lo productos que nacen muertos, que los que nacen vivos y luego fallecen. (2)

Se considera que para abatir las cifras de morbilidad y mortalidad perinatal, hay que actuar sobre los factores básicos como son: el socioeconómico, el biológico y el mejoramiento de la atención perinatal medico obstétrica. (3)

La mortalidad perinatal es la principal causa de muerte de la población general de prácticamente todos los países del mundo. Aunque México esta ocupa el tercer lugar (infecciones pulmonares y gastrointestinales

son los dos primeros) un importante subregistro y la carencia de estadísticas actuales nos permite presumir que también en la república mexicana, la mortalidad perinatal es el problema número uno en cuanto a causales de muerte. Las altas tasas de mortalidad perinatal reportadas (29.5 por mil en la república, 35 por mil en el distrito federal y 19 por mil en el instituto mexicano del seguro social) cuyas cifras se consideran por debajo de lo real, muestran una frecuencia tres veces mayor que los países altamente industrializados.⁽²⁾

La frecuencia del parto pretérmino, pasó en Francia del 8.2% de los nacimientos en 1972 al 5.6% en 1981 y al 4.8% en 1988-1989, según el servicio de estadísticas de los estudios y sistemas de información. Esta regresión afecta sobre todo a los partos muy prematuros (entre 26 y 32 semanas de amenorrea) y los pesos de nacimiento muy bajos (inferiores a 1500gr) es decir los niños más frágiles. Es la causa de más del 70% de la mortalidad perinatal en fetos y anomalías. En los estados unidos, al contrario de los resultados anteriores, la incidencia de parto pretérmino ha aumentado del 9 a 11% desde 1970. ⁽⁴⁾

Las causas son numerosas, a menudo asociadas a intrincadas. En casi el 40% de los casos, no se encuentra un factor un factor etiológico preciso del parto prematuro. Aunque las causas habituales de los partos prematuros, así como los factores de riesgo ligados a las condiciones socioeconómicas permanecen en primer plano, numerosos equipos están interesados en comprender mejor los mecanismos fisiopatológicos. ^(5,6)

En la medida en que no ha sido posible establecer un modelo, hay que admitir que las causas del parto prematuro son múltiples. Existe un conjunto de factores cuya activación, aislamiento o cuyas combinaciones variables, pueden originar un parto prematuro. Un mejor conocimiento de los factores implicados podría permitir ajustar nuevos enfoque diagnósticos y debería conducir a una racionalización de los diferentes tratamientos. (7)

En estos últimos años se han descubierto numerosos mediadores implicados de manera más o menos directa y completa en los diferentes mecanismos del parto prematuro. A través de algunos de ellos, nuevos métodos diagnósticos han salido a la luz.

En numerosas especies animales, un descenso en la tasa de progesterona parece indispensable para el desencadenamiento del parto. En el ser humano no se ha encontrado ningún dato similar, ni durante el parto a término, ni en el prematuro. La medida en muestras de placenta y de tejido coriodecidual humano del contenido histico de 3-betahidroxiesteriodeshidrogenasa (enzima necesaria para la síntesis de progesterona, determinación por inmunohistoquímica) y de la cantidad presente de ácido mensajero (RNAm) codificado para esta enzima, no ha podido revelar una regulación de la contractilidad miométrica relacionada con un disminución de la producción local de progesterona o descenso en su tasa plasmática. (4)

Estos hechos, no excluyen un papel paracrino o endocrino de la progesterona ya sea por inhibición de la expresión de los receptores de

oxitocina en la decidua y el miometrio por la inhibición en la producción en la conectina-43 (importante constituyente de las uniones comunicantes del miometrio) una última hipótesis sería la neutralización de los efectos de la progesterona por un antagonista endógeno : el "transforming growth factor beta" (TGF beta) que se opone a la acción de la progesterona sobre los genes regulados por esta última sobre células en un cultivo. Además, se ha podido poner de manifiesto la presencia del RNAm del TGF beta en los tejidos intrauterinos durante el embarazo. Del mismo modo, no existe variación brutal de las secreciones estrogénicas, ni de la relación estradiol-progesterona en la mujer antes del inicio del parto a diferencia de algunos modelos animales. (8)

Durante la fase previa al parto activo varias sustancias inhibidoras, tales como la progesterona, la prostaciclina o la relaxina, mantienen al miometrio en fase de reposo, la progesterona actúa de manera indirecta mediante el bloque de los agentes que estimulan el miometrio, la prostaciclina y la relaxina actúan de manera directa mediante la supresión de la actividad espontánea del miometrio dejando que persista la respuesta muscular a los diferentes agonistas.

Las prostaglandinas desempeñan un papel importante en el desencadenamiento del trabajo de parto a término y pretérmino. El principal lugar de la síntesis de prostaglandinas es el amnios, donde se encuentra gran cantidad de prostaglandina H₂ - sintetasa. La prostaglandina mayoritariamente producida es la PGE₂-sintetasa, que

está asociada a una actividad en la cual se observa degradación de prostaglandina primarias en derivados 15-ceto y después 13 y 14,dihidro. Estos derivados son inactivos en el corion es considerado como una barrera metabólica natural que impide que la prostaglandinas sintetizadas alcancen al decidua y el miometrio. Actualmente se considera que la activación de la decidua es el estímulo paracrino esencial para la contractilidad miometral.

La regulación de la producción de prostaglandinas se efectúa en varias etapas. El ácido araquidónico, precursor de las prostaglandinas se forma a partir de los fosfolípidos presentes en las membranas celulares bajo la acción de la fosfolipasa C Y A2. La actividad fosfolipasica aumenta durante el embarazo. Las prostaglandinas primarias están formadas por la PGH2- sintetasa (actividad ciclooxigenasa y peroxidasa combinadas). La actividad ciclooxigenasa aumenta durante el parto. Las prostaglandinas primarias se vuelven inactivas por la PG deshidrogenasa. Al final de la gestación, se efectúa una variación del metabolismo de ácido araquidónico de una vía lipooxigenasica predominante a un vía ciclooxigenasa. Entre estos elementos se encuentra la tasa de calcio intra celular, "platelet activating factor" (PAF) los esteroides, la citocinas, el TGP beta y el factor necrosis tumoral. (9)

Aproximadamente 30% de los partos prematuros están asociados a un proceso infeccioso. En estos casos, varias moléculas generadas por la ciclo oxigenasa y la lipooxigenasa aumentan en liquido amniótico., sin embargo, las variaciones de concentración observadas son importantes

y en parte similar a las concentradas durante el parto prematuro sin infección. La producción de PGE₂ es superior en el caso de parto prematuro ligado a la infección frente a las tasas observadas de toxemias durante los partos prematuros, pero sigue siendo inferior a la tasa de PGE₂ a término o en el caso de los partos prematuros inexplicados. ⁽⁸⁾

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENTACIÓN DEL NACIMIENTO PRETÉRMINO

Factores socioeconómicos y étnicos.

Existe una fuerte asociación entre los niños nacidos con bajo peso y el nivel socioeconómico. La evidencia más clara de esta asociación procede de Inglaterra, donde se clasifican los pacientes gestantes en función de esta variable. En Estados Unidos los niños con bajo peso al nacer son más frecuentes en la raza negra (12.4%) según análisis epidemiológicos más recientes, se deben considerar varios puntos:

El riesgo relativo de nacimiento prematuro en función de la existencia o no de un trabajo para el padre o de la situación marital de la pareja (casada o no) es mayor.

La edad materna a 20 años no es un factor de riesgo de nacimiento prematuro, sea cual sea el grupo considerado, en las otras franjas de la edad, la primiparidad está asociada a una tasa de nacimiento prematuro superior. No hay diferencia significativa en cuanto a la estratificación por edad y paridad.

El peso de la etnia como factor de riesgo varía de un país a otro, en Estados Unidos las mujeres negras tienen un mayor riesgo de presentar nacimiento pre término que las blancas. (10)

Existe una tasa importante de nacimiento pretérmino en mujeres que fuman más cigarrillos por día entre las 24 y 34 semanas. Dichas mujeres tienen más riesgo de tener una placenta previa, hematoma reto placentario o una rotura prematura de membranas. En cambio los análisis atribuyen un papel muy modesto al tabaco en la duración de la gestación. Se ha visto que el abuso de sustancias es un predictor significativo de parto pretérmino en la semana siguiente a la consulta médica. También se ha visto que en varios estudios el tabaquismo vinculo significativo con el parto pretérmino. En la national addiction survey realizada en México, se encontró que las mujeres clasificadas con síndrome de dependencia del alcohol, tenían riesgo considerable de parto pretérmino y bajo peso al nacer. (11)

Características maternas

Una importante variable materna que suele asociarse con el nacimiento de niños con peso inferior a 2500grs., es el peso de la madre antes del embarazo. Las mujeres que pesan menos de 50kg antes del embarazo, tienen un número de niños con bajo peso al nacer tres veces superior que las que pesan 60kg. Otra asociación significativa con los niños de bajo peso al nacer, es la madre que fuma durante el embarazo. También existe asociación un que menos significativa entre el peso el nacer y la

edad de la madre con mayor incidencia de niños de bajo peso nacidos de madres con edades inferiores a los 15 años. La relación al trabajo con los nacimientos de bajo peso al nacer y el trabajo de parto pretérmino ha sido el objeto de numerosos estudios. Parece ser que las condiciones específicas de un determinado trabajo son más importantes que el hecho de seguir trabajando durante el embarazo. Algunos estudios demuestran que el hecho de permanecer mucho tiempo de pie, las jornadas de trabajo muy prolongadas y la fatiga física durante el trabajo son importantes predictores de trabajo de parto pretérmino, parece ser también que el trabajo en casa es un factor de riesgo tan importante como el ejercicio fuera de ella. Otros factores reconocidos son: madre soltera, embarazo no deseado, edad materna inferior los 20 y superior a los 35 años, bajo nivel cultural, embarazos seguidos y reiterados , niños de corta edad en casa, insuficiente control médico durante el embarazo.⁽¹²⁾

Actividad sexual

Existe evidencia anecdótica, así como algunos datos científicos que sugiere la existencia una asociación entre la actividad coital durante el embarazo, se ha observado que la incidencia de orgasmos después de las 30 semanas de gestación era significativamente más elevada en las mujeres que habían tenido trabajo de parto pretérmino que un grupo de controles con partos a términos.⁽¹³⁾

Factores obstétricos

Una importante variable que se asocia con el bajo peso al nacer es la ganancia de peso materna durante el embarazo. Las madres que ganan de 11 a 13kg durante el embarazo son las que presentan mejor evolución del mismo, no solo en lo que se refiere del niño al nacer, sino también a lo que respecta a la morbilidad y mortalidad perinatal. Por lo contrario, la falta de ganancia de peso durante el embarazo o la pérdida del mismo es un importante indicador de la posibilidad de producto pretérmino.

Otro factor importante es la evolución neonatal del embarazo anterior. Si el ultimo embarazo finalizo con muerte neonatal, las posibilidades de tener un niño con bajo peso al nacer son del 21.8%.⁽⁸⁾

Antecedentes de parto pretérmino

Mercer encontró que el principal factor de riesgo de parto pretérmino en multíparas era el antecedente de un parto pretérmino. Además, el riesgo de parto pretérmino en el embarazo, aumenta conforme decrece la edad gestacional en el parto pretérmino previo. Otros investigadores han hallado que el riesgo de parto pretérmino aumenta conforme lo hace el número de partos pre términos previos. No solo las mujeres que experimentan parto pretérmino presentan mayor riesgo para sí mismas, si no que datos recientes sugieren que también lo transmiten a sus hijas.

(14)

Hemorragia vaginal

Se vinculado a la hemorragia vaginal en el segundo trimestre con parto pretérmino espontaneo. Algunos autores encontraron que las mujeres con hemorragia vaginal tenían mayor riesgo de rotura prematura de membranas pretérmino y trabajo de parto pretérmino. (15)

Edad materna

Los extremos de edad se han vinculado con mar riesgo de parte pretérmino. Mies y colaboradores, encontraron que los partos pretérmino espontáneos se vinculaban con la edad materna breve (menos de 20 años), en tanto, los partos pretérmino indicados se relacionaban con mujeres añosas (mayores de 35 años). (15)

Raza

La raza negra se vincula con mayor riesgo de parto pretérmino, a pesar de el control de otras influencias, que no ha sido bien explicado a la fecha. El control del estado socioeconómico y el nivel de instrucción permitieron encontrar que las negras indigentes tenían más probabilidad de parto pretérmino que las blancas del mismo nivel. Se ha propuesto que una mayor prevalencia de vaginosis bacteriana en negras pudiera explicar la mayor tasa de parto pretérmino. (14)

Embarazos múltiples

Con la multiplicidad de recursos tecnológicos disponibles para la reproducción en parejas que experimentan infecundidad, ha aumentado mucho el número de embarazos múltiples en los estados unidos. Junto con ese incremento, ha aumentado la posible morbilidad vinculada con embarazos múltiples, incluyendo el parto pretérmino. La edad gestacional promedio al nacer en el embarazo gemelar es de 34 semanas, en el embarazo triple e de 33 semanas y en cuádruple es de 31 semanas. Casi el 30 al 50% de los embarazos múltiples culminan con un parto pretérmino. Se ha encontrado un mayor riesgo relativo aproximado de parto pretérmino en presencia de embarazo gemelar, se ha concluido que las estrategias medicas para disminuir la incidencia de embarazo múltiple aminoraría la tasa de partos pretérmino. Representan el 1% de los partos prematuros y constituyen el 2.6%de los nacimientos. El 44.2% de estos últimos van acompañados de un parto prematuro. Una estratificación según la gravedad del parto prematuro objetiva lo siguiente: el 16.6% de los partos prematuros se producen entre las 20 y 27 semanas, están ligados a embarazos múltiples, el 21% en el grupo de 28 a 31 semanas y el 16.8% entre las 32 y 36 semanas. La fecha del diagnostico del embarazo múltiple es importante. El reposo tiene un objeto protector, pero no hay consenso sobre el momento a partir del cual dicho descanso debe recomendarse. (8)

Muchos investigadores han pretendido establecer valoraciones clínicas del riesgo de parto pretérmino, por lo general con solo un éxito de leve a

moderado, los intentos de modificar la tasa de partos pretérmino no tienen factores identificables de riesgo clínico. La mayoría de los investigadores concluye que deben apreciarse mejor los factores clínicos. (16)

Infecciones

La experiencia acumulada durante los años pasados, nos indica que la corioamnioitis es la causa del 20 al 30% de todos los casos de trabajo de parto pretérmino. Se sabe que desde el decenio de 1940 que la administración de una endotoxina bacteriana a animales preñados, causa aborto o trabajo de parto pretérmino. La patogenia propuesta del trabajo de parto pretérmino inducido por infección es el ascenso de microorganismos desde la vagina y el cuello uterino con colonización subsiguiente de las membranas fetales y la decidua. El moco cervicouterino, así como los leucocitos de la decidua tienen propiedades antimicrobianas que sirven de barrera a esa diseminación de microorganismos. Una vez que los microorganismos colonizan a la decidua las membranas fetales, invaden al saco amniótico o ambas cosas, liberan lipopolisacáridos u otras toxinas que llevan a la producción de citocinas por monocitos reclutados y fagocitos mono nucleares deciduales y eso, a su vez, a la secreción de prostaglandinas y trabajo de parto subsiguiente.(13)

Se emitió la hipótesis que la inflamación del tejido decidual o el corioamnios lleva a la producción de prostaglandinas, maduración cervicouterina y contracciones posteriores. No se sabe cuando inicia este proceso inflamatorio o el periodo de latencia requerido antes que la paciente presente síntomas. Un aumento de la cifra de citocina en el líquido amniótico. 1L-6, se correlaciona con infección corioamniótica y tanto sirve como marcador de inflamación uterina. El aumento de las cifras 1L-6 (que se encuentra en el líquido amniótico en el momento de la amniocentesis genética en el segundo trimestre) se vincula con mayor riesgo de aborto espontáneo no explicado en los 30 días siguientes. Los cultivos bacterianos de gérmenes aeróbicos y anaeróbicos proporcionan una prueba definitiva sobre la presencia de la infección en el líquido amniótico.

La infección suele ser mixta. Los gérmenes más habituales son: ureaplasma, urealyticum, gardnerella vaginalis, streptococcus del grupo b, escherichia coli, bacterioides sp., micoplasma hominis, fusobacterium sp., listeria monocytogenes, lactobacillus sp., peptostreptococcus sp., chlamidia trachomatis. (17)

Las infecciones maternas fuera del útero son una causa relativamente frecuente de trabajo de parto pretérmino. Aproximadamente del 5 al 10% de las pacientes con trabajo de parto pretérmino presenten una infección extrauterina, por lo general tracto urinario. Se han realizado estudios que sugieren que las infecciones extrauterinas pueden originar un trabajo de parto anticipado mediante un mecanismo que implica la

aparición de interleucinas y factor de necrosis tumoral por los macrófagos maternos, los cuales desencadenan a su vez la producción de prostaglandinas por el amnios.⁽¹¹⁾

Anomalías placentarias

El trabajo de parto pretérmino se observa con frecuencia en embarazo con anomalías morfológicas, de implantación o funcionales de la placenta.

Las anomalías morfológicas como la placenta marginata, la circunvalata y la inserción marginal del cordón umbilical, se asocian frecuentemente con trabajo de parto pretérmino. Estos problemas son muy frecuentes, por ejemplo, la incidencia aproximada de la placenta marginata es de 1 de cada 1000 partos. El mecanismo por el cual se desencadena el trabajo de parto anticipado cuando hay anomalías morfológicas de la placenta es desconocido. Es trabajo de parto pretérmino es frecuente en pacientes con placenta previa. En la mayoría de los pacientes con placenta previa, las contracciones desaparecen con reposo en cama mediante un tratamiento con agentes tocolíticos. En algunos casos, las contracciones y la hemorragia persisten, lo que obliga al parto. Las pacientes con desprendimiento prematuro de placenta normoinserta severo, suele presentar contracciones rítmicas que se superponen a la contractura tetánica del útero. Un número significativo de pacientes con trabajo de parto pretérmino dan a luz niños con maduración avanzada, y que precisan escasas medidas de mantenimiento en la unidad infantil de

cuidados intensivos. La expansión de volumen intravascular no suele ser en las pacientes que inician un trabajo de parto anticipado. Las que presentan una situación en la que el flujo sanguíneo útero placentario está disminuido, presentan productos de bajo peso al nacer y trabajo de parto pretérmino. Los siguientes signos sugieren que el trabajo de parto pretérmino puede ser originado por una insuficiencia placentaria: ausencia de infección, análisis de líquido amniótico que muestre una relación LE madura o una PG positiva a anomalías anatómicas del útero, una edad gestacional a la cual no se espera la maduración pulmonar, tamaño del feto 1 o 2 semanas de retraso con respecto a la edad gestacional, respuesta terapéutica a la expansión de volumen intravascular. (2)

Anomalías uterinas

Las malformaciones congénitas del útero y el cuello suponen el 1 al 3% de todos los casos de trabajo de parto pretérmino. La más importante de estas situaciones es el útero tabicado y el útero bicorne. En estas pacientes, la incidencia de aborto espontáneo es del 27% y la incidencia de trabajo de parto pretérmino si la gestación continúa después de las 20 semanas oscila entre el 16 y 20%. Los leiomiomas son una alteración anatómica adquirida que también se asocia con trabajo de parto pretérmino. Tiene importancia haber diagnosticado estas alteraciones, ya que una vez identificadas se pueden adoptar medidas correctoras y evitar el trabajo de parto pretérmino y las pérdidas durante el embarazo.

Las malformaciones congénitas del útero, cuello y vagina, son el resultado de un defecto de la en la fusión, canalización o absorción de los conductos mullerianos durante el desarrollo embrionario. Las mujeres de madres nacidas que ingirieron dietilestilbestrol durante el embarazo presentan una elevada incidencia de malformaciones uterinas demostrables mediante histerosalpingografía. (8)

Patología fetal

Cuando nos enfrentamos a pacientes con trabajo de parto pretérmino, siempre hay que considerar la posibilidad de que la madre sea portadora de un feto con alguna anomalía congénita importante. Los defectos del tubo neural y los errores innatos del metabolismo, como la hiperalanemia, son algunos defectos congénitos que se asocian con el trabajo de parto pretérmino. La anencefalia es un defecto congénito que se ha asociado tradicionalmente con gestaciones prolongadas. Sin embargo hay un amplio rango de edades gestacionales en el momento del parto de niños anencefalos y la mayoría nacen antes de tiempo a consecuencia de un inicio pretérmino del trabajo de parto. (18)

Sobre distensión uterina

La distensión de la musculatura uterina debida a una gestación múltiple o a una cantidad excesiva de líquido amniótico es otra de las causas relativamente frecuentes del trabajo de parto pretérmino. La

amniocentesis es estas pacientes demuestra una elevada presión uterina. (4)

Trabajo de parto de origen desconocido

En aproximadamente el 20 al 30 % de las pacientes con trabajo de parto pretérmino, no es posible establecer con precisión la etiología. la búsqueda del punto desencadenante del trabajo de parto en estas pacientes siguiendo uno de los objetivos de la investigación actual. También se reporta hasta en un 50% de las pacientes con parto pretérmino, el desconocimiento de su etiología. (2)

Patologías del embarazo

Diabetes: las pacientes diabéticas tratadas con insulina y sin complicaciones pueden llevar el embarazo a término si están perfectamente controladas. Sin embargo, existe un consenso para una programación del parto en torno a las 37-38 semanas de la gestación. La precocidad del tratamiento, tiene un efecto protector sobre la incidencia de parto prematuro. (2)

Cardiopatías: sea cual sea su origen, están asociadas a un mayor riesgo de parto prematuro. Hay entre el 4% y el 15% de mortalidad fetal intrauterina y el 25% de partos prematuros o hipertrofia. El riesgo se duplica en caso de arritmia y se multiplica en caso de cardiopatía cianógenos. (13)

Conocidas ya las diversas causas que condicionan al nacimiento pretérmino, debemos comprender que su manejo y resolución no pueden ser en todos los casos de la misma forma, si no lo que por lo contrario, tendrá que ser encaminada a su etiología, guardando siempre una premisa aleatoria a seguir, salvaguardar la vida del binomio procurando que el producto no se extraído en condiciones de inmadurez por la morbilidad tan alta para él. Siempre que sea posible deberá llevarse el embarazo al término o viabilidad del producto. (18)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente proyecto de investigación pretende conocer cuál es la incidencia de la atención de parto pretérmino y sus principales causas asociadas en el servicio de gineco-obstetricia del Benemérito Hospital General Juan María de Salvatierra, en La Paz B. C. S., la prematurez es una de la principales causas de mortalidad neonatal, así como de una parte considerable de la morbilidad dentro de esta unidad hospitalaria a corto y largo plazo relacionada con el nacimiento, representa un problema obstétrico importante por lo complejo de su atención y el gasto económico que significa para la institución por la demanda de cuidados que ameritan estas pacientes y días de estancia intrahospitalaria, actualmente no se conoce específicamente la incidencia del parto pre término ni su principal causa asociada, el conocimiento de estos favorecerá detectar los factores de riesgo

asociados y poder ejecutar acciones preventivas durante el control prenatal de las pacientes.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la incidencia y las principales causas de nacimiento pretérmino en el servicio de ginecología y obstetricia en el Benemérito Hospital General “Juan María de Salvatierra” en el periodo comprendido del 1ro de Enero al 31 de Diciembre del 2009?

JUSTIFICACION

La morbilidad y mortalidad perinatal es un problema de salud muy importante en las estadísticas mundiales y nacionales, esto no solo es importante por representar las tasas más altas de mortalidad en todas etapas de la vida humana, sino también porque las secuelas de los padecimientos perinatales influyen en muchos casos a lo largo de la vida.

En México, las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal son aún muy altas a pesar de los numerosos avances que han contribuido de manera importante a mejorar las condiciones de salud reproductiva y neonatal, por lo que una de las prioridades de salud de este grupo de pacientes está enfocada en realizar todas las medidas de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento para que los indicadores de morbilidad y mortalidad sean cada vez más satisfactorios.

En nuestra unidad hospitalaria la morbilidad obstétrica es la segunda causa de atención en este hospital, la morbilidad y mortalidad neonatal se posiciona dentro de las primeras diez causas de atención relacionada con el nacimiento.

El parto pre término es un problema trascendente por el impacto que se produce tanto a nivel individual, familiar y en la misma comunidad, estas pacientes se encuentran en edad productiva y dejan de desempeñar sus actividades tanto familiares como de trabajo.

Mediante el siguiente estudio se conocerán y analizarán las principales causas asociadas al parto pre término en esta unidad hospitalaria y aportará elementos para ejecutar medidas preventivas durante el control prenatal específicas a la morbilidad hospitalaria más frecuente.

Existe factibilidad de ejecutar este estudio por qué no demanda la intervención de grandes cantidades de recursos humanos, financieros y materiales, es viable por que va de acuerdo con los objetivos y políticas de la institución, y favorecerá mejorar la calidad de atención en las pacientes que acuden por este diagnóstico en la unidad ginecobstetricia utilizando los recursos con los que ya se cuenta en la unidad, así mismo va de acuerdo con el programa prioritario de atención de arranque parejo en la vida.

HIPOTESIS

La incidencia del parto pretérmino en el Hospital General Juan María de Salvia tierra es igual que la media nacional.

OBJETIVOS

General.

Determinar la incidencia y causas de partos pretérmino atendidos en el servicio de ginecoobstetricia del Benemérito Hospital General “Juan María de Salvatierra”

Específicos.

- Conocer las principales causas asociadas al parto pretérmino.
- Determinar cuál es el promedio de edad materna relacionado al parto pretérmino.
- Conocer las características generales del RN (edad, sexo y peso).
- Conocer cuál es la principal vía de resolución en las pacientes que presentan parto pretérmino.
- Determinar el número de primigestas y multigesta.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: Descriptivo, retrospectivo.

Universo:

Población: Expedientes de los pacientes con Diagnostico de Parto Pre término que se atendieron en el servicio de toco cirugía, del Benemérito Hospital General Juan María de Salvatierra de la secretaria de salud de la paz baja California sur.

Muestra: Muestreo consecutivo no aleatorizado, de un total de 2577 partos atendidos en el año del 2009 en el Hospital Juan María de Salvatierra, de los cuales 152 fueron capturados con diagnóstico de parto pretérmino.

Se incluyeron todas las pacientes que se atendieron en el periodo comprendido del 1ro de Enero al 31 de Diciembre del 2009.

Criterios de inclusión:

Pacientes que se atendieron con diagnóstico de parto pre término en la unidad toco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra en el año del 2009.

Criterios de exclusión:

Pacientes fuera del rango de edad gestacional de parto pre término.

Pacientes que no finalizaron su atención obstétrica en el hospital.

Pacientes con expediente clínico incompleto.

VARIABLES DE ESTUDIO

Independientes:

Factores condicionantes maternos: como trabajo de parto, ruptura prematura de membranas, pre eclampsia severa, embarazo gemelar, bienestar fetal incierto, bradicardia fetal, presentación pélvica, circular de cordón a cuello, anhidramnios, oligohidramnios, embarazo múltiple, insuficiencia renal crónica, cesárea iterativa, placenta previa, DM2, DPNNI, hidrops fetal, eclampsia, síndrome de HELLP, presencia de infecciones (genitourinarias y vaginales), toxicomanías, alcoholismo, tabaquismo, edad materna, paridad y control prenatal.

Dependientes:

Sexo, edad gestacional, peso del producto.

Vía de resolución (parto y/o cesárea)

ANALISIS ESTADISTICO.

Se realizo estadística descriptiva como:

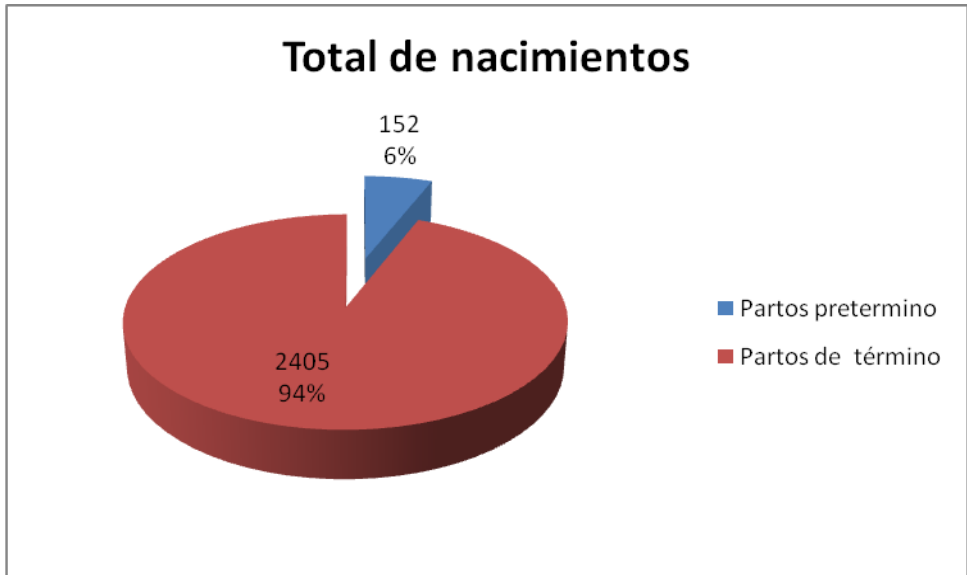
1. Rango
2. Frecuencia
3. Porcentaje
4. Calculo de la incidencia
5. Prevalencia

ASPECTOS ETICOS

Este estudio no representa riesgo por ser solo revisión de expedientes, fue sometido al Comité de Enseñanza e Investigación del Benemérito Hospital General “Juan María de Salvatierra” de La Paz Baja California Sur México, otorgándose autorización quedando registrado con el número 013-013-2010.

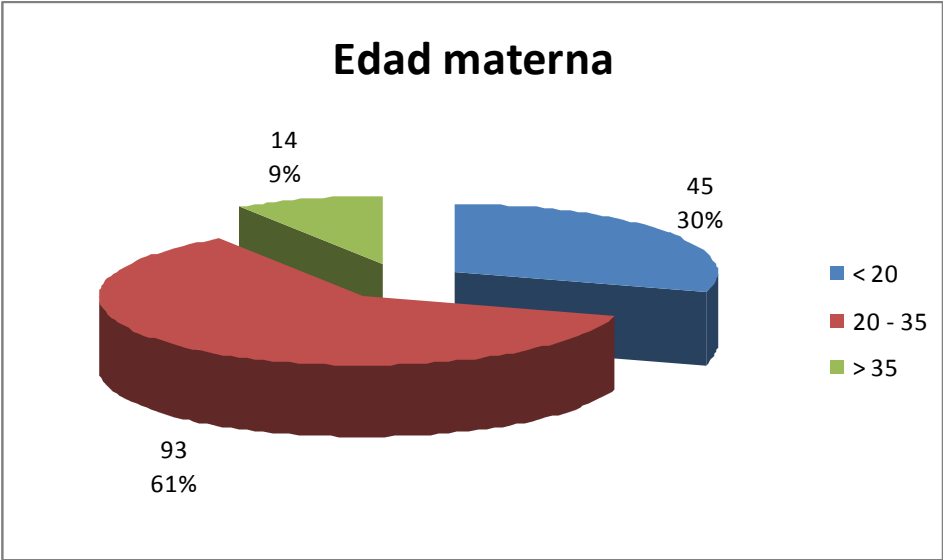
RESULTADOS

En el Benemérito Hospital General “Juan María de Salvatierra”, en el servicio de ginecología-obstetricia durante el año del 2009, se registraron 2557 nacimientos de los cuales, 152 fueron embarazo pretérmino, lo que corresponde a un 5.94% del total de nacimientos, de los cuales 2,405 fueron casos de embarazo de termino (Gráfica 1).



Gráfica 1: Total de nacimientos pretérmino

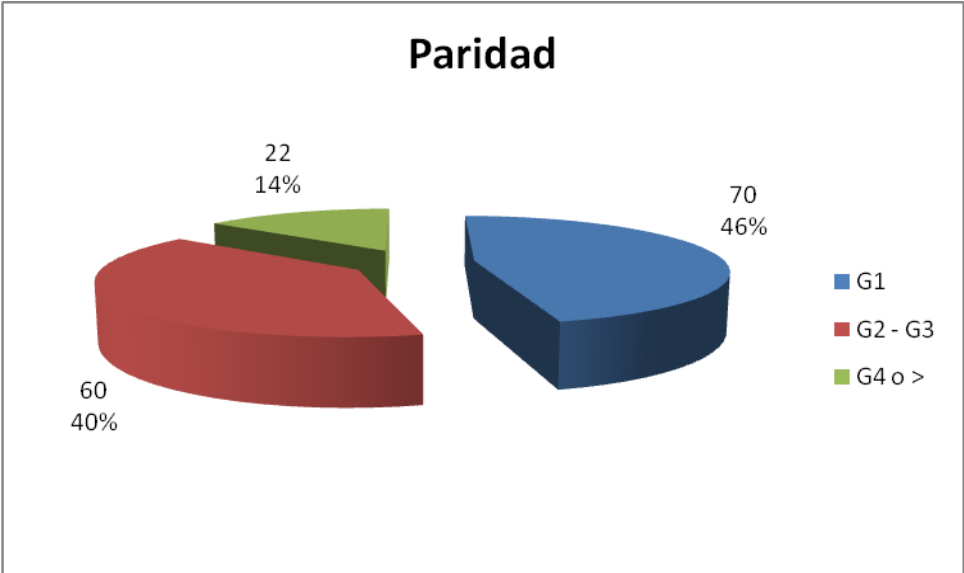
Las mujeres de 20-35 años, son el grupo en que se presenta con mayor frecuencia el nacimiento pretérmino, siendo este el mas del 61.1% del total de nacimiento de este grupo de edad; seguidos por las mujeres menores de 20 años en donde se presenta en el 29.6% del total de nacimientos pretérmino, el grupo de edad en el que se presento menor incidencia, fue en las mujeres mayores de 35 años en el 9.2%. Del total de nacimiento pretérmino, el grupo de edad en el que se presento con mayor frecuencia es en el grupo de edad de los 20-35 años con 93 casos, qué corresponde al 61.1% del total; en el grupo menores de 20 años fueron 40 casos, qué representa el 29.6% del total; las mayores de 35 años, con 14 casos, representa el 9.2%.



ca 2:

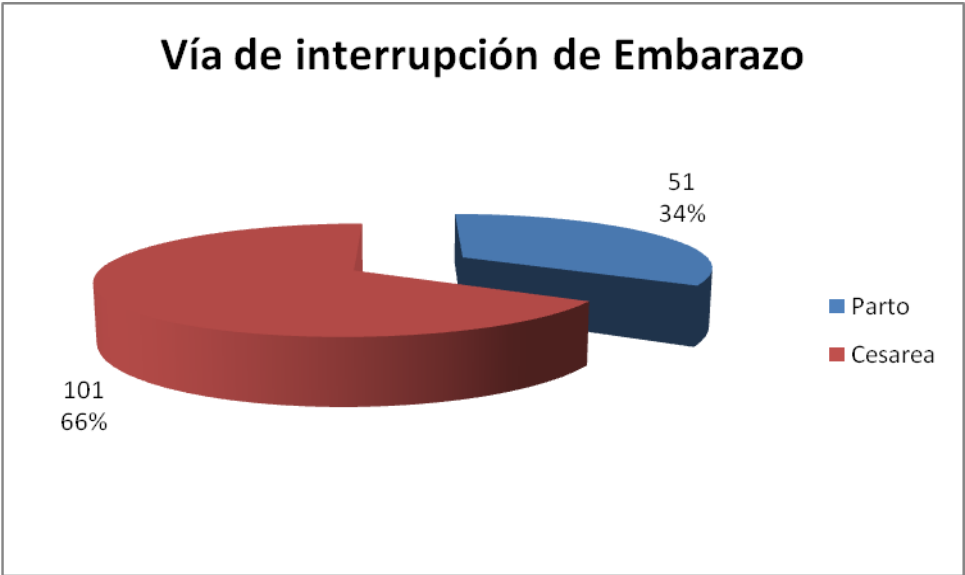
Edad materna asociada a nacimientos pretérmino

Las pacientes que presentan nacimiento pretérmino, lo hacen durante su primer embarazo en el 46.0 % que corresponde a 70 casos; cuándo se trata de su segundo y tercer embarazo lo presentan en el 39.4 % con 60 casos, y cuando es el cuarto embarazo o más en el 14.4 % con 22 casos.



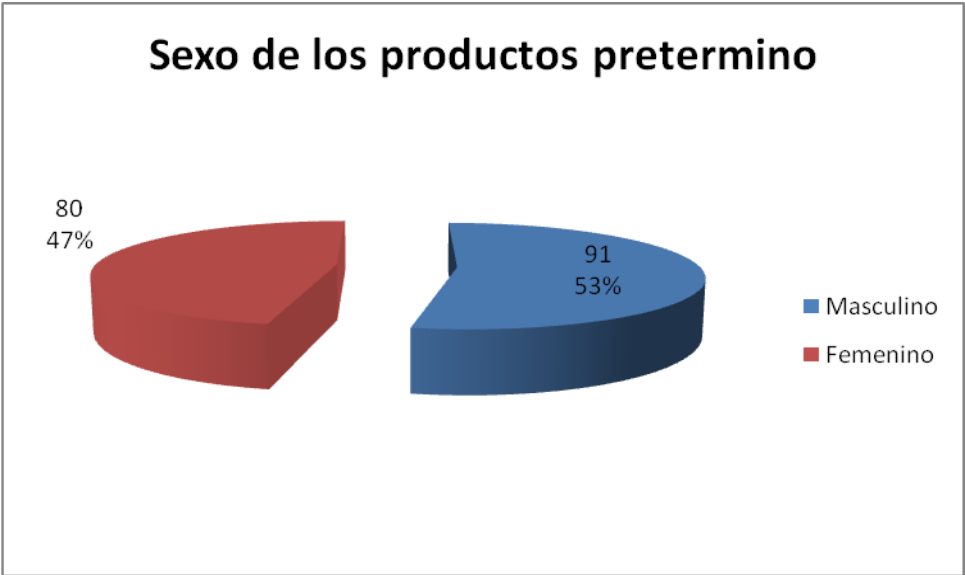
Grafica 3: Relación entre la paridad y el parto pretérmino

El 66.4 % de los nacimientos pretérmino, se obtuvieron por operación cesárea, siendo 101 casos, y el 33.55 % por vía vaginal, que corresponde a 51 casos.



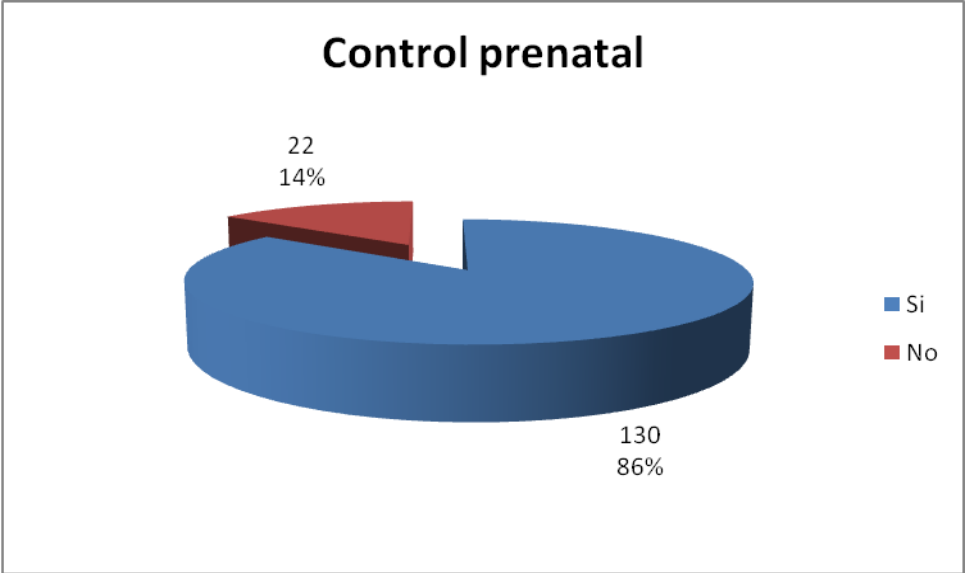
Grafica 4: Vía de interrupción de embarazos pretermino

El sexo que predominó en el nacimiento pretérmino fue el masculino con 91 casos, que representa el 53.2 %, el sexo femenino se presentó en el 48.78 % que corresponde a 80 casos.



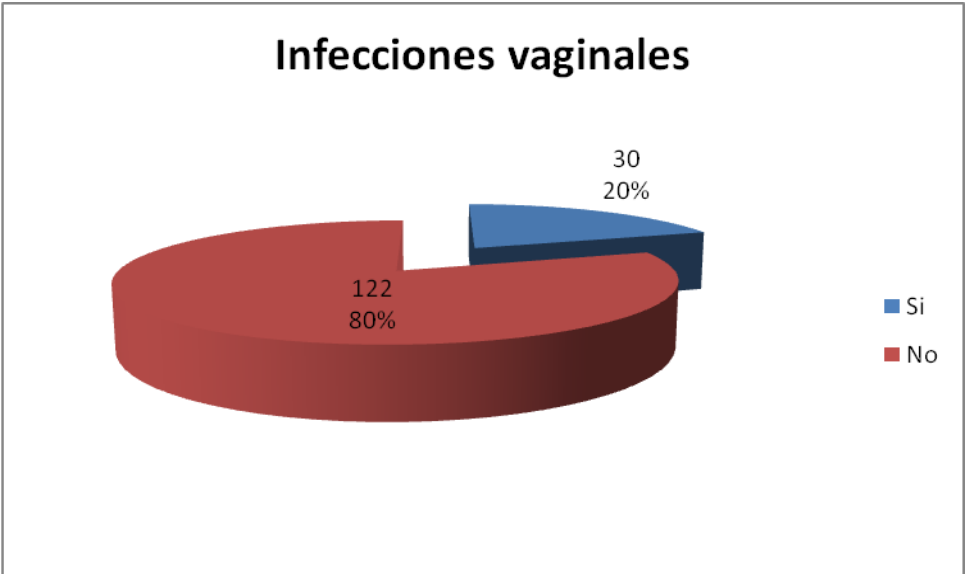
Grafica 5: Sexo de los productos pretermino

Las Pacientes que si acudieron a control prenatal fue el 85.5% que corresponde a 130 casos, de las pacientes que no llevaron control prenatal fue el 14.4 % que corresponde a 22 casos.



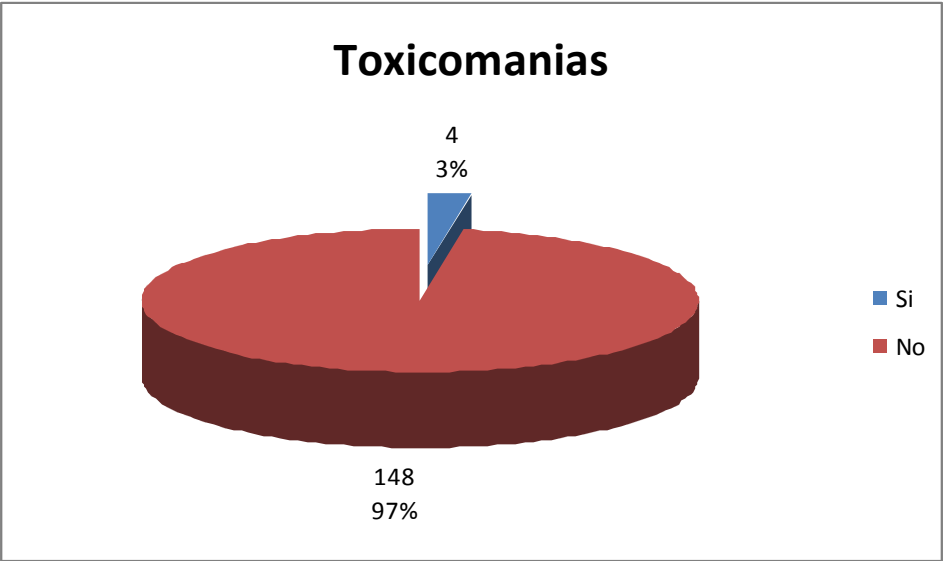
Grafica 6: Control prenatal de las pacientes con parto pretermino

Pacientes con diagnostico de parto pretérmino que cursaron con infecciones de vía vaginal con un 19.7 % que corresponde a 30 casos, de las que no cursaron con infección vaginales se presento con 80.2 %: que corresponde a 122 casos.



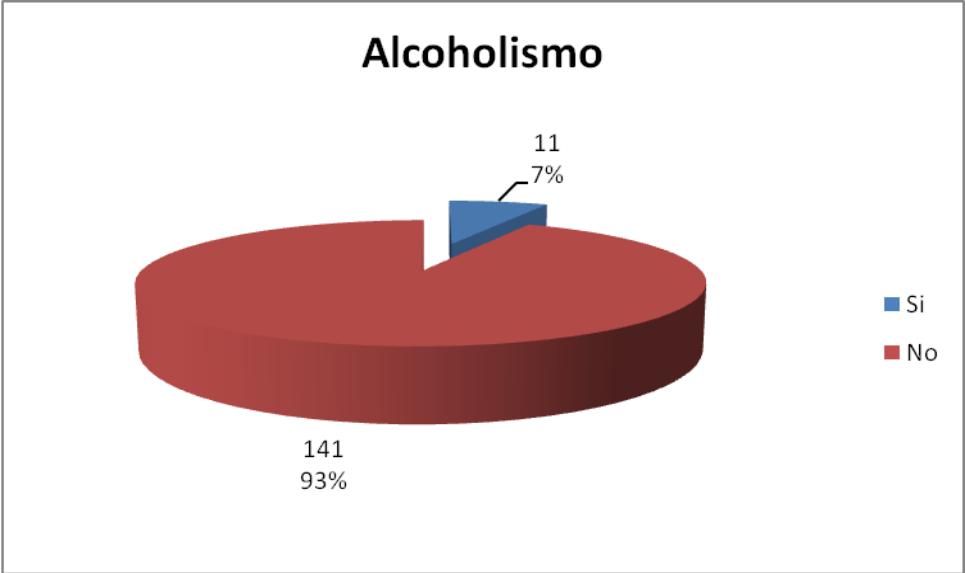
Grafica 7: Pacientes con infecciones vaginales y parto preternino

Dentro de las pacientes que consumían drogas toxicomanías positivo fue el 2.6% que corresponde a 4 casos, siendo el mayor porcentaje en las cuales no consumían drogas durante el embarazo con 148 casos: que corresponde a 97.3 % del total.



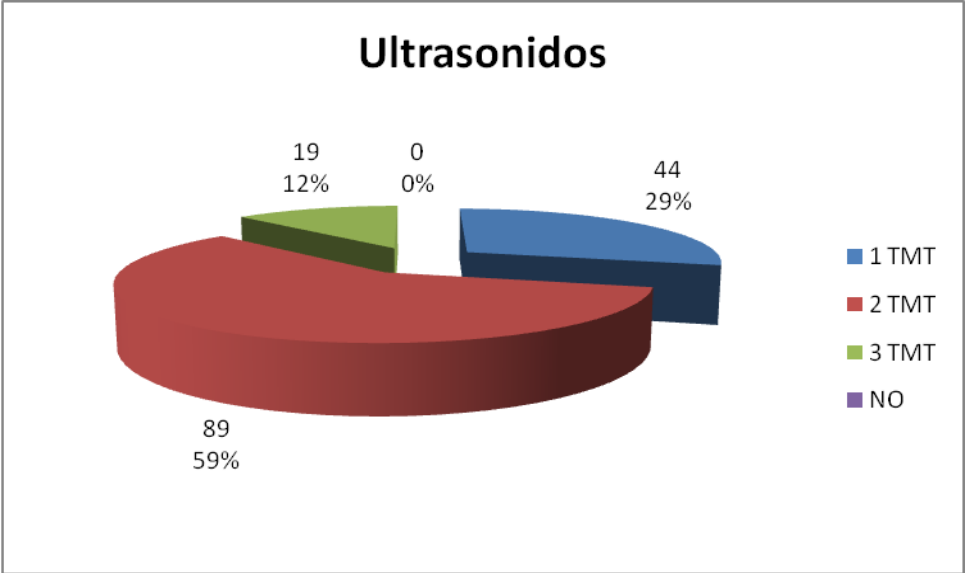
Grafica 8: Pacientes con antecedente de toxicomanías

De las Pacientes con antecedentes de Alcoholismo se encontraron 11 casos que corresponde a 7.2 %, dentro de las cuales no consumían alcohol se encontraron 141 casos que corresponde a 92.7 %.



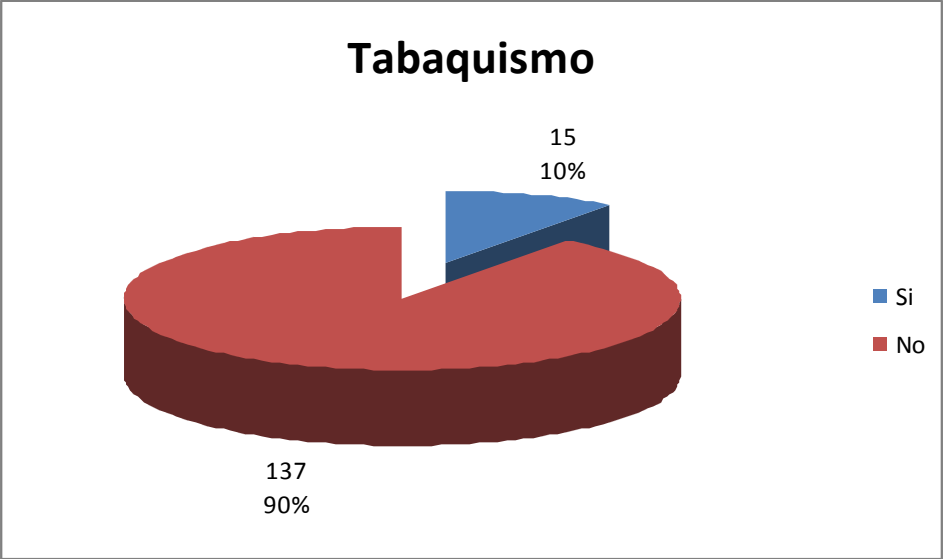
Grafica 9: Pacientes con antecedente de alcoholismo

Pacientes quienes acudieron a realizarse ultrasonido fue mayor en el 2 Trimestre con 89 casos que corresponde a 58.5 %, siguiéndole las que se realizaron ultrasonidos en el 1 Trimestre con 28.9 % con 44 casos, siendo en menor cantidad en el 3 Trimestre con el 12.5 % con 19 casos.



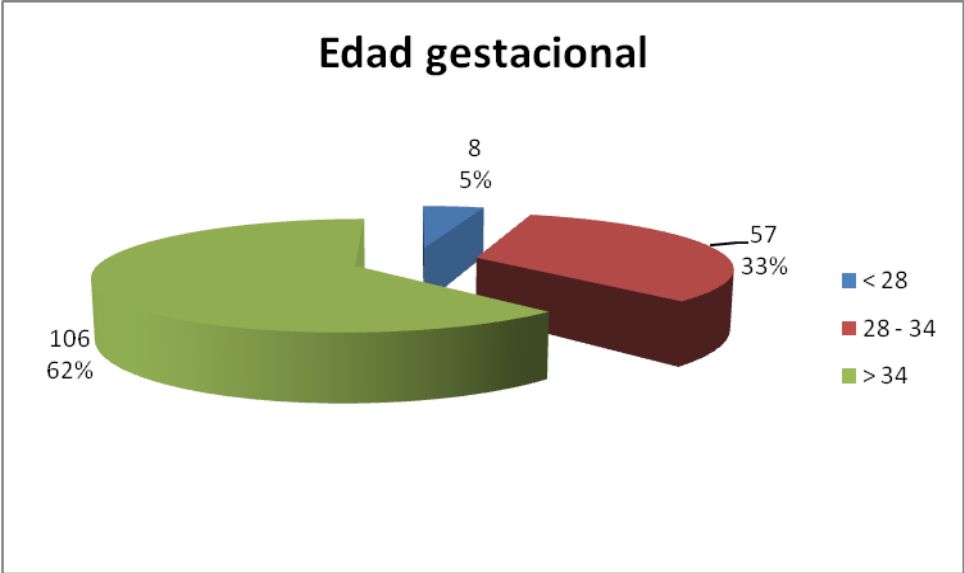
Grafica 10: Pacientes que se realizaron ultrasonido durante el embarazo

Dentro de las pacientes con diagnóstico de parto pretérmino con antecedentes de tabaquismo durante el embarazo se obtuvieron 15 casos, que corresponde a 9.8 %, siendo mayor en las que no consumían tabaco con 137 casos, qué corresponde a 90.15 %.



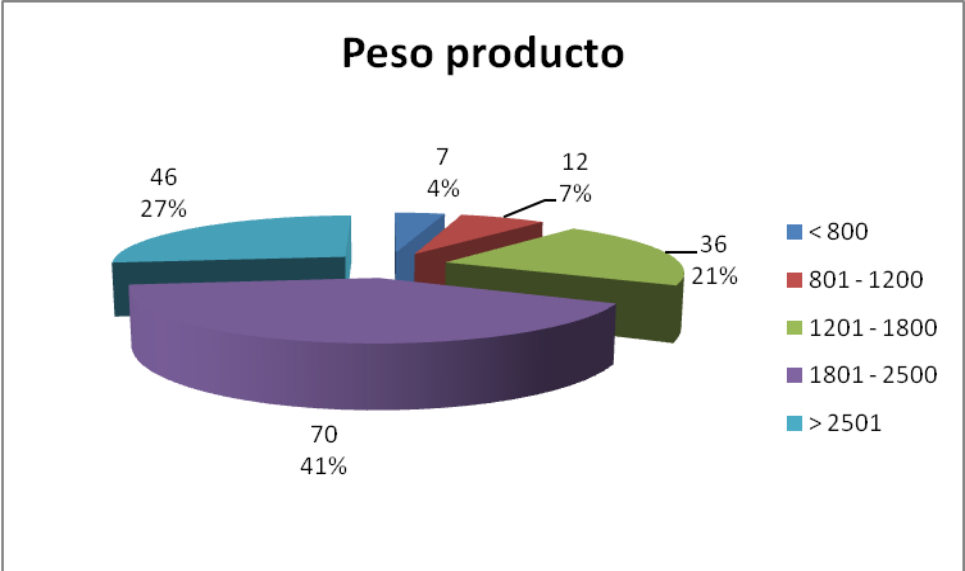
Grafica 11: Pacientes con antecedente de Tabaquismo

El nacimiento pretérmino de acuerdo a la edad gestacional determinada por la valoración por Capurro, se presento en el grupo de edad de los productos mayores de 34 semanas con el 61.9 %, con 106 casos, los productos con 28y 34 semanas de gestación fueron 57 casos, que corresponde a 33.3 % de los casos, y los productos con menores de 28 semanas se presentaron con 4.6 % con 8 casos.



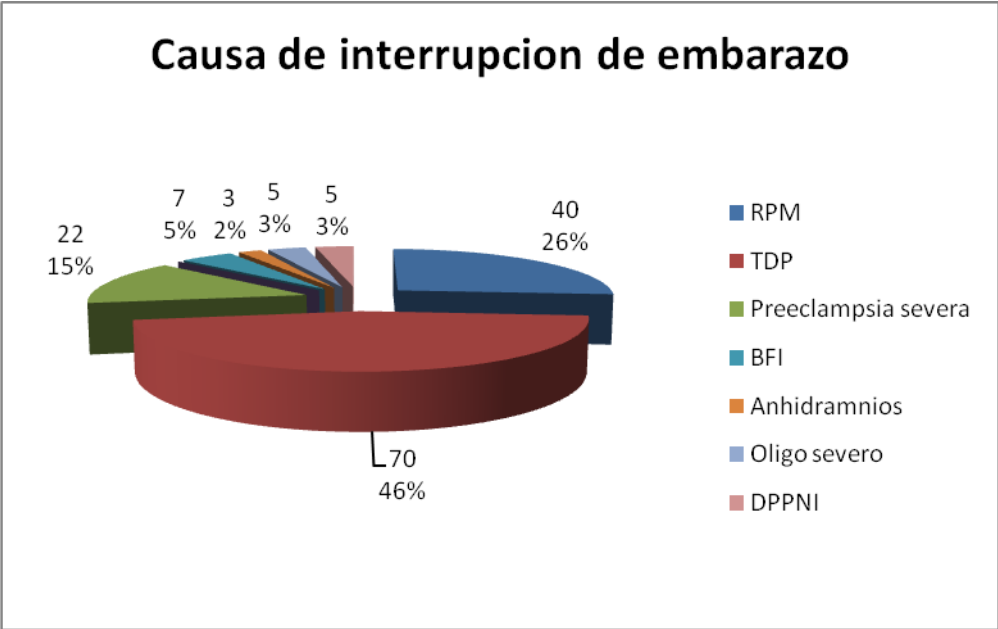
Grafica 12: Edad gestacional de los productos nacidos pretermino

Dentro del rubro por el peso de los productos con diagnóstico de parto pretérmino se encontraron mayor con peso de 1801-2500 gr con el 40.9 % con 70 casos, seguido los mayores de 2501 gr con el 26.9 5 con 46 casos, continuando con los de peso de 1200-1800 gr con 12 casos que corresponde con 7.0%, quedando por ultimo los menores de 800 gr con 7 casos con un 4.6%.



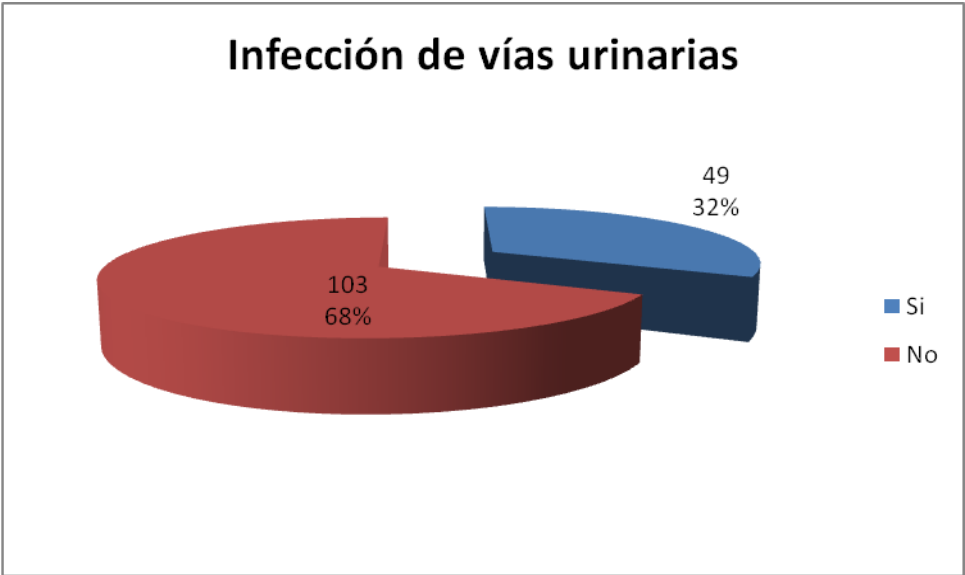
Grafica 13: Peso de los productos nacidos pretermino

Dentro de los factores condicionantes maternos para la interrupción del embarazo con diagnósticos de parto pretérmino el de mayor porcentaje fue las que llegaron con trabajo de parto con un 46.0 % con 70 casos, las que cursaron con ruptura de membranas con 40 casos que corresponde a 26.3%, pacientes con pre eclampsia Severa con 22 casos con un 14.4%, con diagnóstico de Bienestar Fetal Incierto con un 4.6% con 7 casos, con 3 casos con anhidramnios con 1.9%, con oligohidramnios Severo con un 3.2% con 5 casos, cerrando con 5 casos con desprendimiento Prematuro de Placenta normoinserta con un 3.2% con 5 casos.



Grafica 14: Causa de interrupción de embarazo

De las Pacientes que cursaron con Infección de Vías Urinarias durante el embarazo fueron un total de 49 pacientes que corresponde a un 32%, siendo el mayor porcentaje de las que no cursaron con Infección de Vías Urinarias con un total de 103 pacientes que corresponde a un 68 %.



Grafica 15: Pacientes con infección de vías urinarias y parto pretermino

DISCUSION

En el grupo de la población estudiada se encontró una incidencia de 5.94 % de nacimientos pretérmino. Se han realizado estudios los cuales afirman haber encontrado una incidencia del 9 al 11 %. (4)

En los Estados Unidos durante el año de 1998, también se encontró una incidencia del 11 %₍₁₄₎, a diferencia de Francia en el año de 1995 en donde se reporta del 5.6 %₍₁₀₎. En México, se reporta una incidencia que oscila entre el 8.9 y el 13.7 % en centros hospitalarios de tercer nivel en el año 2000.₍₂₎ La Incidencia en países desarrollados en países desarrollados a aumentado la incidencia, la incidencia en vías de desarrollo es menor explicada seguramente por la existencia de un su registró del nacimiento del nacimiento pretérmino.

En nuestro estudio, se demuestra una incidencia del 5.9% con bajos indicadores económicos y sociales. Sin embargo, nosotros queremos destacar que si bien es cierto el porcentaje de nacimiento pretérmino es menor o igual que las estadísticas de países más industrializados.

El grupo de Edad en el cual se presento con mayor frecuencia el nacimiento pretérmino fue aquel en las pacientes son de 20-35 años, con el 61.1% del total de nacimientos por grupo de edad otros estudios han encontrado cifras similares a la del nuestro. (15)

Esto puede explicarse por que en los extremos de la vida reproductiva se tiene mayor susceptibilidad a la presentación de complicaciones durante el embarazo.

Dentro del rubro de vía de resolución del nacimiento pretérmino encontramos, que la operación cesárea se realizó en el 66.44 del total de nacimientos, debido que tenían indicación precisa para interrupción por la vía cesárea y el 33.55 % se resolvió por parto vaginal. Un estudio realizado durante 1997 se encontró como vía de resolución del embarazo la operación cesárea en el 50 %. (2) Otros estudios señalan la operación cesárea como resolución del embarazo en el 90.3 % y por parto en el 9.7 % de los casos.(1) El incremento de la resolución del embarazo de productos pretérmino por operación cesárea, han sido dado por el diagnóstico más temprano y oportuno de complicaciones maternas y fetales; en nuestro trabajo de investigación se encontró que las principales indicaciones para la interrupción del embarazo por vía abdominal fueron principalmente trabajo de parto, ruptura prematura de membranas y enfermedad hipertensiva del embarazo.

Entre las causas más frecuentes para la presentación de nacimiento pretérmino, que es trabajo de parto, seguida de Ruptura Prematura De Membranas se presenta en el 29.1 %(1). otros estudios señalan la incidencia del 20-30 % de esta entidad(9) que coinciden con otros autores, donde encuentran una incidencia del 20 %. (11)

El nacimiento pretérmino idiopático, se presenta en el 50 % de acuerdo a unos autores;(4) aunque otros señalan solo el 4% de nacimientos pretérmino idiopático.(14) En nuestro estudio, no se pudo establecer la incidencia de nacimiento pretérmino idiopático, debido a que se presenta un sub registró de las causas y factores de riesgo para nacimiento

pretérmino de las pacientes que ingresan a nuestro hospital. Sin embargo, podemos afirmar que de acuerdo con los resultados obtenidos, aproximadamente el 80% de las causas encontradas se distribuyen en 3 grandes grupos: ruptura de membranas, trabajo de parto y la preeclampsia severa.

Nuestros resultados son dependientes de un aumento notable del número de pacientes, que son atendidos en nuestro hospital, a pesar de que hubo un buen control prenatal debe ponerse mayor atención en el grupo de edad que se presenta mayor incidencia de la atención del parto preterminó. E insistir en la educación de primer nivel para la atención oportuna y detección de pacientes de Alto riesgo, y que el porcentaje de pacientes que solo acuden a buscar atención solo para el desenlace del embarazo, sean cada vez menores ya que esto hace casi imposible incidir sobre los factores que inducen el nacimiento preterminó.

Al margen de los objetivos de este estudio, es importante señalar, otros hallazgos relevantes como son no contar con ultrasonido en el primer trimestre tal como lo marca las normas de control prenatal, la mayor incidencia de productos masculinos, solo se encontró 4 pacientes con ingesta de drogas durante el embarazo.

CONCLUSIONES

- La Incidencia de atención de parto preterminó fue de 5.94 %
- Los Factores desencadenantes que más se presentaron fueron:
- Trabajo De Parto, Ruptura De Membranas, Preeclampsia Severa.
- El grupo de edad que en el que se presenta es el de 20 a 35 años.
- Las características más comunes del productos fueron: el sexo masculino, la edad gestacional mayor de 34 semanas de gestación por Capurro, y por último el peso de mayor incidencia fue de 1801- 2500 gramos.
- La vía de resolución que más se presento fue la vía abdominal.
- En cuanto a la atención brindada se presento la mayor incidencia en pacientes primigestas.

ANEXOS

Questionario para Recabar Datos del Expediente Clínico

Expediente:

EDAD MATERNA: < 20 años 20 a 35 años >35 años

PARIDAD: G1 G2 – G 3 G IV o Mas

VIA DE RESOLUCION: 1. Partos (<28 sdg, 28-34 sdg, >34 sdg)
2. Cesárea (mismos criterios) anotar edad gestacional

CAUSAS DE NACIMIENTO PRETERMINO:

-MALFORMACIONES UTERINAS, TDP, RPM, GEMELAR, PREECLAMPSIA, HEMORRAGIAS, OTRAS)

CAUSAS DE NACIMIENTO POR GRUPO DE EDAD

- Menores de 28
- De 28 a 34 sdg
- Mayores de 34 sdg

Indicaciones de Cesárea: cuál fue la causa _____

Peso del Producto: < 800 801-1200 1201-1800 1801-2500 >2501

Edad Gestacional por Capurro: < 28 SDG 28-34 SDG >34 SDG

SEXO DEL PRODUCTO: Masculino Femenino

Control Prenatal: Si No

Infección de Genitourinarias: Si No

Infecciones Vaginales: Si No

Toxicomanías: Si No

Tabaquismo: Si No

Alcoholismo: Si No

Ultrasonidos de control: 1 Tmt 2 Tmt 3 Tmt

BIBLIOGRAFIA

1. Vargas G. canales J. Nacimiento pretérmino por indicación médica. Consecuencias maternas y fetales. Ginecología y obstetricia de México. Vol.70. marzo 2002.
2. Gómez Gómez Manuel. El nacimiento pretérmino de bajo peso. Parto pretérmino. Correlación de los antecedentes obstétricos con mortalidad natal. Nacimiento pretérmino por indicación médica. Consecuencias maternas y fetales. Editorial mexicana. 1990. Pp11-17 y 121-149.
3. Lastra escudero lucio. El parto pretérmino como problema de salud pública. Perinat report hum 2001. 15: 113-114.
4. Jay D, Iams MD y cols. Prevención del parto pretérmino. Clínicas de ginecología y obstetricia de Norteamérica. Jun. 1993. Pp 178-139.
5. Creasy Robert MD. Preterm birth: where are we? American journal of obstetrics & gynecology, April 1993.Vol 173.
6. Hedegaard M y cols. Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. British medical journal. 307:234-239.1993.
7. Phelan Jeffrey MD, obstetric critical care issues in prematurity. Clinics in perinatology. Vol 19. Numero 2. Junio 1992
8. Enciclopedia Medico Quirúrgica de Ginecología y obstetricia. Tomo II

9. Arias f. guía práctica para el embarazo de parto de alto riesgo. 2da edición. 1994
10. Lewis David MD y cols. Preterm premature ruptured membranes: A randomized trial of steroids after treatment with antibiotics. Obstetrics and gynecology. Vol 88 no.5.
11. Creasy Robert MD y cols. Multicenter randomized controlled trial of preterm birth prevention program. American journal of obstetrics & gynecology vol. 169. 1993.
12. Cooper Rachel MSN y cols. Warning symptoms, uterine contractions, and cervical examination findings in women at risk of preterm delivery. American journal of obstetrics & gynecology. Mar 1990.
13. Fiscella MD y cols. Risk of preterm birth that is associated with vaginal douching. American journal of Obstetrics & gynecology. Junio 2002.
14. Williams. Obstetricia. Cunningham y cols. Parto pretérmino 21va. Edición. Ed. panamericana. 2000.
15. Pschirrer R y cols. Factores de riesgo del trabajo de parto pretérmino. Clínicas obstétricas y ginecológicas. Volumen 4. 2002.
16. Horbar Jeffrey MD y cols. Predicting mortality of infants weighing 501 to 1500grs at birth: a national institute of health neonatal research network report. Critical care medicine vol. 21 no.1.

17. Lewis David MD y cols. Preterm delivery from 34 to 37 weeks of gestation: is respiratory distress syndrome a problem? American journal of obstetrics & gynecology. Vol 174. Feb 1996.
18. Wigton Thomas y cols. Neonatal morbidity after preterm delivery in the presence of documented lung maturity. American journal of obstetrics & gynecology. Oct. 1993.
19. Solo A. cuidados intensivos neonatales. Fisiopatología y terapéutica. Ed. científica interamericana. 4ta edición 1992.