



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR



SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO

UNIDAD ACADÉMICA

HOSPITAL DE LA COMUNIDAD ZUMPANGO DEL RIO, GUERRERO.

“ASOCIACIÓN DE LA INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS Y VAGINOSIS CON EL PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL RAYMUNDO ABARCA ALARCÓN.”

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. IRIS YEDITH LÓPEZ NAVA

ASESORES DE TESIS

DRA. OLGA BALTAZAR JUAREZ

Dr. AGUSTIN SANTIAGO MORENO

SEMIS 26091115

ZUMPANGO DEL RIO, GUERRERO, FEBRERO 2017



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.

“ASOCIACIÓN DE LA INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS Y VAGINOSIS CON EL PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL RAYMUNDO ABARCA ALARCÓN.”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. IRIS YEDITH LOPEZ NAVA

AUTORIZACIONES:

DRA. MARIA PATRICIA ALVAREZ GONZALEZ
PROFESORA TITULAR

ASESORES DE TESIS

DRA. OLGA BALTAZAR JUAREZ

Dr. AGUSTIN SANTIAGO MORENO

DRA. MONICA EVELMIRA PIEDRA MENDOZA

COORDINADORA ESTATAL DE MEDICINA FAMILIAR

DRA. RUBI ALVAREZ NAVA

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN EN SALUD Y FORMACIÓN DE
RECURSOS HUMANOS

DRA. MARIBEL OROZCO FIGUEROA

SUBDIRECTORA DE EDUCACIÓN MÉDICA E

INVESTIGACION EN SALUD

ZUMPANGO DEL RIO, GUERRERO, FEBRERO 2017

**"ASOCIACIÓN DE LA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS Y
VAGINOSIS CON EL PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL RAYMUNDO ABARCA
ALARCÓN"**

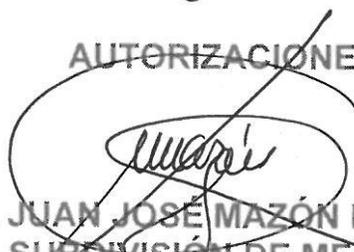
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA



DRA. IRIS YEDITH LÓPEZ NAVA

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD**

Constancia de Evaluación de Protocolo de Investigación.

**ACTA No. CEISS 26091115
CONSTANCIA DE EVALUACIÓN
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN N° 26**

En Chilpancingo, Gro., a los veintiún días del mes de septiembre del dos mil dieciséis, el Comité de Ética en Investigación, de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Guerrero, con asistencia de sus miembros permanentes: MSP. Martha Herlinda Teliz Sánchez, Presidenta del Comité; MPASSP. Yunue Lised Sotelo Román, Vocal Secretaría; MSP. José Luis Núñez Ochoa, Vocal; MSP. Jessy Solchaga Rosas, Vocal; Dr. Carlos Basilio Acosta, Vocal; D. en C. Isela Parra Rojas, Vocal; D. en C. Eduardo Castañeda Saucedo, Vocal; M.C. Luis Amador Ríos Oliveros, Vocal; quienes han revisado los documentos presentados por la C. Dra. Iris Yedith López Nava, Investigadora Principal, presentando el Protocolo "ASOCIACIÓN DE LA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS Y VAGINOSIS CON EL PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL RAYMUNDO ABARCA ALARCÓN"

Además, de conocer los antecedentes expuestos por el profesional investigador, en la sesión del día de hoy se ha considerado que el protocolo cumple con los requerimientos normativos establecidos por este Comité.

En consecuencia, el Comité Ética en Investigación de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Guerrero, **APRUEBA**, la ejecución del documento antes mencionado.

Por lo anterior expuesto en mi calidad de Presidente del Comité de Ética en Investigación, se emite la presente constancia con el número de registro descrito en el borde superior izquierdo, el cual se encuentra documentado en el Libro de Registros de Protocolos / Departamento de Investigación en Salud-SES-Guerrero. En la misma fecha de revisión.

Nombre y Cargo

Firma

Dra. Martha Herlinda Téliz Sánchez
Presidenta del CEEIS

GUERRERO SERVICIOS ESTATALES DE SALUD GUERRERO
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN EN SALUD
COMITÉ ESTATAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD
REGISTRO DE CRÉDITOS

LIBRO: 2 AÑO: 2016
FOJA: 26
No. CRÉDITOS: _____

Agradecimientos

A DIOS: Por haberme dado toda la fortaleza y fe de creer en mí en todo el proceso, y saber quién soy, de llegar a cumplir uno de mis grandes sueños.

A MIS PADRES: Por ser los pilares de mi vida, porque me han amado desde antes de conocerme, y han confiado en mí siempre, han estado conmigo en todos los momentos importantes de mi existir, quienes son mi ejemplo de fortaleza y perseverancia.

A mis Hermanos: que siempre me han apoyado física y moralmente, por estar ahí para mí cuando lo he requerido.

A Jesús: por ser una persona importante en mi vida, y por su amor, paciencia, comprensión, apoyo incondicional en este sueño.

A la Dra. Olga Baltazar Juárez: por su disciplina, orientación y apoyo en todo el proceso.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	1
MARCO TEÓRICO.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
JUSTIFICACIÓN	11
OBJETIVOS	12
Objetivo general:.....	12
Objetivos específicos:.....	12
MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
Diseño de estudio	13
Estudio observacional descriptivo retrospectivo.	13
Lugar donde se desarrollará el estudio	13
Población	13
Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	13
Criterios de selección	13
Desarrollo del estudio	14
Técnica e instrumento	14
Operacionalización de las variables.....	15
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	17
RECURSOS, FINANCIAMIENTOS Y FACTIBILIDAD.	18
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN	30
CONCLUSIONES.....	32
RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	34
ANEXOS.....	36

RESUMEN

Antecedentes: La prematuridad continúa siendo la causa más frecuente de muerte neonatal y representa aproximadamente el 75% de la mortalidad en esta etapa. En América Latina nacen cada año 12 millones de niños; 400 mil mueren antes de cumplir 5 años., 270 000 en el primer año de vida; 180 000 durante el primer mes y 135 000 por parto pretérmino. Se conoce que el parto pretérmino tiene un carácter multifactorial, en su ocurrencia intervienen enfermedades maternas como las infecciones, estilos de vida, y diferentes situaciones sociales. **Objetivo:** Analizar la asociación de la infección de vías urinarias y la vaginosis bacteriana con el parto pretérmino. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo del 1 de julio al 31 de diciembre del 2015 en el Hospital General Raymundo Abarca Alarcón, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia se seleccionaron 226 pacientes ingresadas con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino en el periodo de tiempo mencionado. Las pacientes se seleccionaron a través del registro nominal del área de tococirugía. Se excluyeron aquellas gestantes con diagnóstico de embarazo múltiple, malformaciones congénitas, con VIH-SIDA, y enfermedades crónicas maternas. Para el análisis estadístico se emplearon tasas y frecuencias en forma de porcentajes que se representaron en graficas de barras y de pastel. Para identificar asociación entre los factores identificados y el parto pretérmino se realizó el cálculo de Chi cuadrado, considerándolo significativa si P es menor o igual a 0.05. La prevalencia de los partos pretérminos se obtuvo al dividir el total de los nacimientos preterminos con sus factores entre el total de nacimientos en el mismo periodo. **Resultados:** En el periodo de estudio se resolvieron 226 eventos obstétricos, de los cuales 107 fueron pretérmino (47.3%). El factor asociado estadísticamente al parto pretérmino fue la Infección de vías urinarias. Otros factores encontrados fueron el estado civil, el sobrepeso, la escolaridad, y la hemorragia. **Conclusiones:** A excepción de la vaginosis bacteriana, la anemia, el tamizaje para sífilis, la prevalencia del parto pretérmino y sus factores asociados fueron similares a los encontrados en la literatura. **Palabras claves:** Infección de vías urinarias, parto pretérmino, cervicovaginitis.

ABSTRACT

Background: the prematurity continues being the cause more frequent of death neonatal and represents approximately the 75% of the mortality in this stage. In Latin América are born House year 12 million children; 400mil die before reaching 5 years., 270 000 in the first year of life; 180 000 during the first month and 135 000 by birth preterm. Is known that the birth preterm has a character multifactorial, in their occurrence involved diseases maternal as the infections, styles of life, and different situations social. **Objective:** To analyze the Association of urinary tract infection and bacterial vaginosis with preterm delivery. **Material and methods:** is performed a study observational descriptive retrospective of the 1 of July to the 31 of December of the 2015 in the Hospital General Raymundo covers Alarcón, through a sampling not probalístico by convenience is selected 226 patients entered with the diagnosis of threat of delivery preterm in the period of time mentioned. The patients were selected through the nominal registration of tococirugía área. We excluded those pregnant women with a diagnosis of multiple pregnancy, congenital malformations, with HIV-AIDS, and maternal chronic diseases. Statistical analysis rates and frequencies were used in the form of percentages that are represented in bar and pie graphs. To identify association between the factors identified and birth preterm was the calculation of Chi-square, considering it significant if P is less than or equal to 0.05. The prevalence of the preterm births was obtained by dividing the total of the birth with its factors among the total of births in the same period. **Results:** 226 obstetrical events, of which 107 were preterm were resolved in the study period (47.3%). It factor associated statistically to the birth preterm was the infection of tract urinary. Other factors found were the marital status, overweight, schooling, and hemorrhage. **Conclusions:** With the exception of bacterial vaginosis, anemia, screening for syphilis, was it of preterm delivery and its associated factors were similar to those found in the literature. Words clave: Infección of urinary tract, preterm delivery, cervicovaginosis.

MARCO TEÓRICO

En 1935, la American Academy of Pediatrics definió la prematuridad como un niño nacido vivo con un peso de 2500 g o menor. En 1977, la OMS, define el Nacimiento Prematuro como la expulsión o la extracción completa del cuerpo de la madre de un producto de la concepción que pesa al menos 500 g y que tras dicha separación respira o manifiesta cualquier otro signo de vida o manifiesta cualquier otro signo de vida. Si se desconoce el peso, se considera un tiempo de gestación de al menos de 22 semanas de gestación o una talla de al menos 25 cm en el momento del nacimiento. Por consiguiente el parto prematuro puede definirse como cualquier nacimiento después de la semana 22 de gestación, de un niño de más de 500 g y antes de las 37 semanas de gestación cumplidas. (1)

En la actualidad según la organización Mundial de la Salud (OMS), parto pretérmino es el que ocurre antes de la semana 37 de gestación, con independencia del peso al nacer. A nivel mundial la incidencia de niños prematuros varía de 5 a 10%. (2)

El parto pretérmino se ha subdividido en categorías según la edad gestacional: extremadamente prematuro (<28 semanas), muy prematuro (28 - <32 semanas), prematuro moderado (32 - <37 semanas) en el que se incluye el prematuro tardío (34 - <37 semanas). (3)

En México, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SAA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, define al nacimiento con producto pretérmino, al que ocurre antes de las 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación. (4)

En una revisión sistemática realizada por la OMS se estimó que en el 2005 se registraron 12.9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9.6% de todos los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0.5 millones en cada caso y en América Latina y el Caribe 0.9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del

Norte (11.9% y 10.6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6.2%). (5)

En un estudio descriptivo realizado en el IMSS se encontró una incidencia nacional de nacimientos pretérmino de 7.7%. (6)

El parto pretérmino ha sido y continúa siendo uno de los mayores problemas de morbilidad y mortalidad neonatal. Las complicaciones médicas durante la gestación, como las infecciones del tracto genital, de las vías urinarias, la anemia, preeclampsia o ruptura prematura de membranas, aumentan las probabilidades de terminar el embarazo antes de la semana 37, del nacimiento de un niño prematuro con bajo peso y, consecuentemente, del incremento en la mortalidad neonatal. Las infecciones del tracto genital y urinario frecuentemente están relacionadas con el aumento en la morbilidad materna y perinatal; las más comunes son el trabajo de parto pretérmino, la ruptura prematura de membranas, la anemia hipocrómica y la prematurez. (7)

El nacimiento prematuro es la causa principal de muerte en recién nacidos responsable del 35% de 3.1 millones de muertes ocurridas anualmente en el mundo, y la segunda causa de muerte en menores de 5 años después de la neumonía. (3)

En función de la forma de presentación se pueden identificar distintas categorías dentro del parto pretérmino.

1. Parto pretérmino espontáneo o idiopático, cuando el parto comienza sin causa aparente, antes de la ruptura de membranas; esto sucede alrededor del 50% de las veces.
2. Parto pretérmino asociado con ruptura prematura de membranas (RPM); ocurre aproximadamente en el 25% de todos los partos pretérmino.
3. Parto pretérmino electivo, iatrogénico o por intervención obstétrica, ya sea por medicación materna o fetal (preeclampsia, diabetes, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI), corioamnionitis, retraso del crecimiento uterino (CIR), anomalías fetales). Su frecuencia oscila entre el 8.7 y el 35.2%.

A lo largo de los años se ha estudiado la posible implicación de diversos factores epidemiológicos en la génesis del parto pretérmino. Se ha visto que ciertas características demográficas (edad, raza, nivel socioeconómico) y conductuales (tabaquismo, abuso de sustancias, actividad física), los antecedentes obstétricos y determinadas complicaciones a lo largo del embarazo pueden considerarse factores de riesgo de parto pretérmino. (8)

El parto pretérmino espontáneo es un proceso multifactorial, resultante de la interacción de factores que propician el inicio de actividad uterina antes de las 37 semanas de gestación. Los precursores del parto pretérmino espontáneo varían según la edad gestacional, factores sociales y ambientales, aunque su causa permanece sin identificarse en más de la mitad de los casos. Muchos factores maternos han sido asociados con un elevado riesgo de nacimiento pretérmino, entre estos se encuentran edades maternas tempranas o tardías, período intergenésico corto y bajo índice de masa corporal. Las infecciones también juegan un rol importante en el nacimiento pretérmino, entre las que se incluyen las infecciones del tracto urinario, la vaginosis bacteriana, y la sífilis que incrementan en el riesgo del parto pretérmino. (3)

Los factores de riesgo asociados con el parto pretérmino tienen una prevalencia relativamente alta en la población general y consecuentemente un bajo valor predictivo en la detección del parto pretérmino espontáneo. Más de la mitad de éstos ocurre en mujeres que no tienen factores de riesgo obvios. El grupo colaborativo NICHD Maternal Fetal Medicine, informa que la presencia de vaginosis bacteriana, fibronectina fetal y acortamiento del cuello uterino son los factores predictores asociados consistentemente con el desenlace del parto pretérmino, y en pacientes multíparas el antecedente de parto pretérmino previo. Del trabajo de Goldemberg y col. destaca la asociación infección cervicovaginal y parto pretérmino, y recientemente la observación de que la infección del tracto genital superior incrementa en forma significativa la producción de fibronectina fetal sobre todo en aquellas mujeres que tuvieron parto antes de las 32 semanas de gestación. De los factores mencionados, la infección cervicovaginal es el factor susceptible de identificar oportunamente y de intervenir médicamente. (9)

La colonización del tracto genital femenino y la consiguiente respuesta inflamatoria están relacionadas en la amenaza de parto pretérmino, rotura prematura de membranas y parto pretérmino. El inicio del parto se debe, en parte, a la liberación de prostaglandinas (PG) localmente en la interface corion-decidual que actúan sobre el miometrio y provocan las contracciones uterinas. Estas PG proceden del amnios, de la decidua y, en los casos de infección, de los gérmenes productores de fosfolipasa A2 que las liberan al actuar sobre el ácido araquidónico y del sistema inmune monocito-macrófago que se activa en la infección. La colonización del tracto genital por determinados gérmenes como *estreptococo beta hemolítico*, *Bacteroides fragilis*, *Gardnerella vaginalis*, *Chlamydia*, *Trichomonas vaginalis* y anaerobios, se correlaciona con una mayor incidencia de rotura prematura de membranas y parto pretérmino. (10)

Vaginosis bacteriana: El nombre de vaginosis bacteriana o vaginitis no específica fue denominado por un grupo de bacterias que son las causantes etiológicas del cuadro, sin la asociación de una respuesta inflamatoria. Este síndrome clínico se debe al excesivo crecimiento de bacterias que normalmente pudiesen estar en la vagina en menor número que el habitual. Numerosos estudios han mostrado la relación entre *Gardenerella vaginalis* con otras bacterias como causante de vaginosis bacteriana, como son *Lactobacillus* –principalmente *L. gasseri-Prevotella* y anaerobios.

En Estados Unidos, la tasa de vaginosis bacteriana, en embarazadas es de aproximadamente un 16%, siendo diferente este número según un grupo racial: 23% en mujeres afroamericanas, 6% en mujeres asiáticas, y 4% en mujeres blancas. En Chile, su prevalencia varía entre 27 y 32% en la población general, cifra que se duplica en mujeres con parto prematuro. La vaginosis bacteriana puede ser asintomática en un grupo de pacientes, pero sus manifestaciones clínicas habituales son flujo vaginal anormal, con olor desagradable como a pescado, especialmente después de relaciones sexuales. El flujo se describe como blanco o grisáceo, y puede ir acompañado de ardor miccional o leve prurito alrededor de la vagina.

Según un meta análisis realizado en 2007, la vaginosis bacteriana presenta doble riesgo de parto prematuro en pacientes asintomáticas (OR: 2.16, 95% CI: 1.56-3.00) y en pacientes con síntomas de parto prematuro (OR: 2.38, 95% CI: 1.02-5.58). (11)

El diagnóstico clásico de la vaginosis bacteriana se confirma cuando se cumplen tres de cuatro criterios (Amsel 1983). (i) pH vaginal mayor que 4.7, (ii) Presencia de células indicadoras en una prueba de Gram o frotis fresco con muestra de secreción vaginal, (iii) Presencia de secreción homogénea no espesa y (iv) Olor a pescado al añadir hidróxido de potasio a una muestra de secreción. Sin embargo, el uso de estos criterios para realizar un diagnóstico es complejo y requiere mucho tiempo. El uso de la prueba de Gram en un cultivo vaginal con cuantificación de la flora microbiana tiene alta sensibilidad y especificidad y se acepta como método alternativo ya usado con anterioridad en muchos estudios. (12)

En la paciente con embarazo y presencia de vaginosis bacteriana se debe tratar medicamente e informar a la paciente y a su acompañante que el no tratarla aumenta el riesgo durante el embarazo de abortos, partos prematuros y ruptura prematura, endometritis, por lo que debe ser tratada y vigilada con fines de evitar estas complicaciones. En embarazos sintomáticos con antecedente de parto pretérmino y/o ruptura prematura de membranas está indicado el tratamiento con metronidazol oral. (13)

La infección urinaria afecta al 15% de las mujeres en todas las edades, y más del 25% puede presentar recurrencia. En el embarazo ocurren una serie de cambios en el aparato urinario, tanto morfológicos como funcionales, que aunque no modifican sustancialmente el funcionamiento renal, crean condiciones que predisponen a la infección urinaria, siendo una de las complicaciones médicas más comunes durante la gestación. La infección urinaria desde el punto de vista clínico puede presentarse como una infección asintomática denominada bacteriuria asintomática (BA) o como una infección sintomática, la cual se divide en infección baja o cistitis, e infección alta o pielonefritis. (14)

Entre los cambios anatómicos y fisiológicos que contribuyen al desarrollo de la infección del tracto urinario, se encuentran: hidronefrosis fisiológica, cambios vesicales que predisponen al reflujo vesicoureteral, estasis urinario, y cambios físico-químicos de la orina. En la mayoría de los embarazos ocurre dilatación del sistema colector

superior, que se extiende hacia abajo hasta la pelvis, pueden contener más de 200 ml de orina y contribuir significativamente a la persistencia de la bacteriuria en el embarazo. Existen otros factores que pueden desencadenar infecciones de vías urinarias como son: medidas higiénico-dietéticas, clima, material de la ropa interior, escolaridad, nivel socioeconómico, edad de la gestación, actividad sexual, antecedente de infecciones urinarias recurrentes, diabetes mellitus y las anomalías anatómicas urinarias. (15)

Si la orina es estéril al comienzo de la gestación, por lo general permanece así al término de la misma; sin embargo, algunos autores afirman que aproximadamente 5% de las pacientes en quienes los cultivos iniciales de orina son negativos desarrolla después infección de las vías urinarias, y que en 8 a 18% de las mujeres embarazadas es posible identificar bacteriuria asintomática y eventual desarrollo de cistitis y pielonefritis. Esta secuencia de eventos, relacionados con riesgo materno-fetal, puede ser prevenida mediante el seguimiento frecuente con urocultivo. (16)

Según la guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo, en un primer nivel de atención la infección urinaria se clasifica de acuerdo al sitio de proliferación de las bacterias en a) bacteriuria asintomática (orina), b) cistitis (vejiga) y c) pielonefritis (riñón).

La bacteriuria asintomática (BA), se define como la presencia de bacterias en orina, detectada por urocultivo (más de 100 000 UFC por ml) sin síntomas típicos de infección aguda del tracto urinario.

La cistitis aguda, es la infección bacteriana del tracto urinario bajo que se acompaña de los siguientes signos y síntomas: urgencia, frecuencia, disuria, piuria y hematuria; sin evidencia de afectación sistémica.

La pielonefritis aguda es la infección de la vía excretora urinaria alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones que se acompaña de fiebre, escalofrío, malestar general, dolor costo vertebral y en ocasiones náuseas, vómito y deshidratación. (17)

La detección de BA a través del exámen general de orina tiene una sensibilidad del 50-92% y un valor predictivo negativo del 92%; sin embargo, el cultivo sigue siendo el estándar de oro para la diagnóstico. (14)

Los datos clínicos de cistitis y del examen general de orina (disuria, polaquiuria, urgencia urinaria, así como piuria y hematuria en ausencia de síntomas vaginales), sin evidencia de enfermedad sistémica tienen una sensibilidad alta (70 a 80%) para el diagnóstico de cistitis.

El tratamiento de la bacteriuria asintomática en el embarazo, reduce el riesgo de infección del tracto urinario alto (pielonefritis), los partos pretérmino y el riesgo de productos con bajo peso al nacer. (17)

La etiología bacteriana de la bacteriuria asintomática y cistitis en mujeres embarazadas y no embarazadas es similar, encontrándose a *Escherichia coli*. En 80 a 90% de las infecciones iniciales y en 70 a 80% de las recurrentes. La bacteriuria asintomática en el embarazo debe tratarse con antibióticos, en base al cultivo y sensibilidad reportada. Durante el embarazo las concentraciones plasmáticas de los betalactámicos disminuyen alrededor del 50%, lo que puede aumentar los niveles de resistencia. Las cefalosporinas son bien toleradas y seguras en el embarazo. La cefalexina es la cefalosporina que se usa con mayor frecuencia. La nitrofurantoina logra concentraciones terapéuticas solo en orina y presenta un nivel bajo de resistencia a los uro patógenos. El tratamiento de elección para la bacteriuria asintomática en el embarazo en nuestro medio es: Nitrofurantoina oral 100mg cada 6hrs por 7 días o amoxicilina oral 500mg cada 8hrs por 7 días. El tratamiento debe de tener una duración no menor de 7 días, en caso de persistir la bacteriuria el tratamiento debe durar de 7 a 14 días. Las recomendaciones de tratamiento para la cistitis durante el embarazo son las mismas que para bacteriuria asintomática. No hay una clara evidencia de que la cistitis se asocie con trabajo de parto pretérmino como es el caso de bacteriuria

asintomática. Posterior al tratamiento debe realizarse un urocultivo de control para corroborar que se eliminó la bacteriuria. (17)

Amenaza de parto pretérmino

La amenaza de parto pretérmino (APP) es el proceso clínico sintomático que sin tratamiento, o cuando este fracasa puede conducir a un parto pretérmino. La hospitalización por APP supone gran parte de los costos asociados al cuidado prenatal y es uno de los principales motivos de ingreso de una gestante antes del parto. Por tanto, la APP sería el último escalón en la prevención de la prematuridad.

Tradicionalmente el diagnóstico de la APP se basa en la presencia de contracciones uterinas y modificaciones cervicales. Definimos contracciones uterinas como aquellas que son persistentes (al menos cuatro en 20-30 minutos u ocho en una hora) y se consideran modificaciones cervicales, la presencia de un borramiento mayor o igual al 80% o una dilatación cervical mayor o igual a dos centímetros. (18)

Solo entre un 8 y un 24% de las mujeres que se presentan con síntomas subjetivos de amenaza de parto prematuro (APP) realmente terminan en un parto pretérmino

La pobre asociación entre los síntomas clínicos y el parto lleva a que un gran número de mujeres recibe innecesariamente tratamientos para impedir el parto. La hospitalización de mujeres que no están en un verdadero trabajo de parto la expone sin necesidad a medicamentos que no son necesarios y que pueden ocasionar daños como los útero inhibidores, los corticosteroides y los antibióticos, además de que esas hospitalizaciones son costosas, generan estrés materno, interfieren con la dinámica familiar y, a menudo, generan impactos psicológicos negativos. (19)

Factores socioeconómicos asociados al parto pretérmino

Existe cierto consenso en la bibliografía anglosajona sobre el rol etiológico causal de ciertos factores de riesgo sobre el parto pretérmino, pudiéndose encontrar revisiones exhaustivas sobre el tema. Entre estos cabe destacar los relacionados con la situación social de la madre y de la pareja, las características personales, estilos de vida, los antecedentes obstétricos y la patología de la madre durante el embarazo. Para

caracterizar la situación social de la madre se han utilizado tres indicadores: el nivel de estudios de la madre, la profesión de ésta y/o del padre y el nivel de ingresos familiares. Así mismo, el estado civil es un factor que permite caracterizar la situación social de la madre. Las mujeres que pertenecen a familias de un grupo socio profesional más desfavorecido (obreros/as), las que tienen un bajo nivel de estudios o las madres que viven solas o en unión libre tienen un mayor riesgo de parto pretérmino.
(20)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El parto pretérmino es un problema de salud pública en varios países incluyendo a México, con una incidencia aproximada a nivel mundial de 10-11% y se estima que cada año ocurren 13 millones casos.

Los factores de riesgo más comúnmente asociados a parto pretérmino incluyen: el antecedente de parto pretérmino, las infecciones de vías urinarias durante el embarazo, la vaginosis bacteriana, el sangrado pre-parto, la ruptura prematura de membranas y la anemia (hemoglobina <11 g/L), entre otras.

El médico familiar en su quehacer diario en el primer nivel de atención puede influir en la educación a la salud previniendo en las mujeres en edad fértil aquellos factores de riesgo previos a la gestación y durante la consulta de control prenatal a través de la buena relación médico paciente por la que se caracteriza el médico familiar mediante la buena comunicación logrando una transferencia y contratransferencia al establecer el rapport generado por la empatía y así alcanzar los objetivos que permitan generar salud en la familia involucrada.

En el Hospital Raymundo Abarca Alarcón se desconoce la prevalencia real del parto pretérmino y los factores que se involucran en esta patología que afecta no solo al paciente sino también su entorno familiar.

Con base a lo anterior, el presente estudio plantea evaluar lo siguiente ¿Existe asociación de la infección de vías urinarias y vaginosis con el parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital General Raymundo Abarca Alarcón?.

JUSTIFICACIÓN

El parto pretérmino es un problema de salud pública en México y el mundo. La incidencia aproximada de parto pretérmino a nivel mundial es de 10-11% y se estima que cada año ocurren 13 millones casos. Constituye la principal causa de morbilidad perinatal en el mundo, responsable del 70% de las muertes neonatales.

Esta investigación tiene por objetivo, conocer la asociación de la infección de vías urinarias y vaginosis bacteriana en pacientes con parto pretérmino atendidas en el hospital general Raymundo Abarca Alarcón, lo cual es factible al contar con el registro de atención de partos atendidos, acceso a los expedientes clínicos.

Este tipo de infecciones que se producen durante el embarazo, son entidades importantes, patologías prevenibles por medio de la modificación de factores de riesgo ya que se encuentran implicadas como causa de parto pretérmino con sus consiguientes implicaciones médicas, sociales y económicas, lo que requiere intensificar esfuerzos su identificación oportuna; garantizando la realización de pruebas diagnósticas

El médico familiar visualiza la problemática desde 3 puntos: preventivo, curativo, y de atención continua esto le permite garantizar la salud al detectar factores de riesgo y abordarlos en la atención de continuidad influyendo al final de la gestación disminuir los riesgos de complicación favoreciendo a un término del embarazo saludable para el binomio.

Es posible considerar que los resultados sobre el conocimiento de estos factores, puedan constituir una herramienta útil para cuantificar su impacto y que, en el futuro, se orienten políticas de salud pública para la prevención del parto pretérmino, se refuerce además la atención prenatal con enfoque de riesgo en las unidades de primer y segundo nivel de atención permitiendo así el diagnóstico y tratamiento oportuno de estos padecimientos relacionados con parto pretérmino en las mujeres embarazadas.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar la asociación de infección de vías urinarias y vaginosis con el parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital General Raymundo Abarca Alarcón.

Objetivos específicos:

- ✓ Estimar la prevalencia de infección de vías urinarias en el parto pretérmino
- ✓ Determinar la prevalencia de vaginosis en el parto prematuro
- ✓ Identificar los factores asociados que favorecen al parto pretérmino como son: IMC, Escolaridad, Anemia, Hemorragias, Infecciones de transmisión sexual (sífilis).

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Estudio observacional descriptivo retrospectivo.

Lugar donde se desarrollará el estudio

El Hospital General Raymundo Abarca Alarcón, actualmente proporciona servicios médicos de segundo nivel de atención como Gineco-obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Nefrología, Neumología, Traumatología, Medicina del enfermo en estado crítico, entre otros; en la Secretaría de Salud de Guerrero para la región centro del estado, y atiende a pacientes en consulta externa, hospitalización y urgencias enviados por sus respectivas unidades de primer nivel.

Población

Incluyó a las mujeres con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino en el periodo comprendido del 1 de julio al 31 de diciembre del 2015

Tipo de muestra y tamaño de la muestra

El muestreo fue no probabilístico, ya que se basó en criterios de inclusión y de exclusión, de 800 partos atendidos en el periodo de estudio se seleccionaron 226 pacientes.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- ✓ Mujeres que recibieron atención de amenaza de parto pretérmino en el Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón, en el periodo 1 de julio del 2015 al 31 de diciembre del 2015.

Criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes con diagnóstico de embarazo gemelar, producto con malformaciones congénitas.
- ✓ Pacientes con VIH-SIDA, enfermedades reumatológicas o autoinmunes.
- ✓ Pacientes con expediente médico con datos incompletos.

Desarrollo del estudio

Se realizó una búsqueda intencionada en el archivo clínico del Hospital General Raymundo Abarca Alarcón, se seleccionaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de parto pretérmino de acuerdo al registro físico del área de tococirugía.

Técnica e instrumento

Se realizó la recolección de datos basado en los expedientes clínicos y carnet perinatal de las pacientes seleccionadas, tomando en cuenta las variables de interés para el estudio; edad, estado civil, escolaridad, peso, talla, VDRL, hemorragias durante el embarazo, anemia, infecciones vaginales (vaginosis), infección de vías urinarias, las cuales se registraron en una ficha de captura. **Anexo 1**

Análisis Estadístico: se realizaron análisis descriptivos univariado y bivariado, obteniendo tablas de frecuencia, estadísticas de tendencia central (media), prueba de chi cuadrada, así como la elaboración de tablas para disgregar la información por categorías de las variables de interés. Para tal fin, se realizó una base de datos utilizando Microsoft Excel y se analizó utilizando el software estadístico SPSS Ver. 19.

Operacionalización de las variables

- Dependiente: Parto pretérmino.
- Independientes: Infección de vías urinaria, Vaginosis, IMC, estado civil, infección de vías urinarias, tamizaje positivo para sífilis, anemia, hemorragia.

Cuadro 1: Definición de variables operacionales				
Nombre	Definición conceptual	Definición operativa	Escala de medición	Indicadores de evaluación
Parto Prematuro	Aquel que tiene lugar a partir de la semana 20.1 y la 36.6 semanas de gestación o con un peso igual o mayor de 500 gr y que respira o manifiesta signos de vida.	Aquel que tiene lugar a partir de la semana 20.1 y la 36.6 semanas de gestación o con un peso igual o mayor de 500 gr y que respira o manifiesta signos de vida.	Cualitativa nominal	1.- Si 2.- No
Infección de vías urinaria	Existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la vejiga o el riñón.	Existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la vejiga o el riñón.	Cualitativa nominal	1.-Si 2.-No
Vaginosis	Inflamación de la mucosa vaginal cuya causa se debe generalmente a bacterias.	Inflamación de la mucosa vaginal cuya causa se debe generalmente a bacterias.	Cualitativa nominal	1.- Si 2.-No
IMC (índice de masa corporal).	Masa corporal calculada mediante la fórmula de Quetelet (peso/Talla ²)	Masa corporal calculada mediante la fórmula de Quetelet (peso/Talla ²)	Cualitativa ordinal	1.- Desnutrición 2.- Normal 3.- Sobrepeso 4.- Obesidad
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa nominal	1.- Soltera 2.-Casada 3.-Union libre 4- Divorciada
Escolaridad	Nivel de educación escolar de un individuo determinado	Nivel de educación escolar de un individuo determinado.	Cualitativa ordinal	1.- Analfabeta 2.- Primaria 3.-Secundaria 4.- Bachillerato 5.- Otro
Tamizaje positivo para Sífilis	Prueba no treponémica (VDRL) positiva con títulos iguales o mayores a 1:8 diluciones.	Prueba no treponémica (VDRL) positiva con títulos iguales o mayores a 1:8 diluciones.	Cualitativa nominal	1.- Si 2.- No
Anemia	Concentración de Hemoglobina <11 g/dL.	Concentración de Hemoglobina <11 g/dL	Cualitativa Nominal	1.- Si 2.- No

Hemorragia	Pérdida sanguínea de origen obstétrico que en el último trimestre del embarazo debido a afecciones placentarias y/o complicaciones uterinas.	Pérdida sanguínea de origen obstétrico en el último trimestre del embarazo debido a afecciones placentarias y/o complicaciones uterinas.	Cualitativa Nominal	1.- Si 2.- No
------------	--	--	------------------------	------------------

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los aspectos éticos de la presente investigación se ha establecido en los lineamientos y principios generales que el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud se refiere (publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984), dando cumplimiento a los artículos 13 y 14 (fracción I, II, III, IV, V, VII, VIII) del Título segundo correspondientes a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, por lo que se garantiza la privacidad, dignidad y bienestar del sujeto a investigación, ya que no conlleva riesgo para el paciente de acuerdo con la ley general en salud en materia de investigación para salud; de acuerdo al artículo 17 de este mismo título, el presente trabajo de investigación se considera una INVESTIGACION SIN RIESGO(categoría I), por ser una investigación en la que solo se manejan documentos con enfoque retrospectivos y que no se hizo ninguna intervención. Por otra parte los procedimientos propuestos en la presente investigación, están de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con la declaración de Helsinki de 1875 enmendadas en 1989 y con los códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación.se reitera que en todo momento de esta investigación se mantuvo el anonimato de los sujetos en estudio.

RECURSOS, FINANCIAMIENTOS Y FACTIBILIDAD.

Humanos

- Dra. Iris Yedith López Nava residente de tercer año en medicina familiar adscrito al Hospital de Zumpango SSA.
- Dra. Olga Baltazar Juárez, médico familiar adscrito al IMSS asesor metodológico.
- Dr. Agustín Santiago Moreno Adscrito a la Universidad Autónoma de Guerrero Asesor Estadístico

Físicos

- Hospital General Raymundo Abarca Alarcón

Materiales

- Equipo de cómputo, base de datos, referencias electrónicas, bibliografías, hojas blancas, impresora.

Financieros

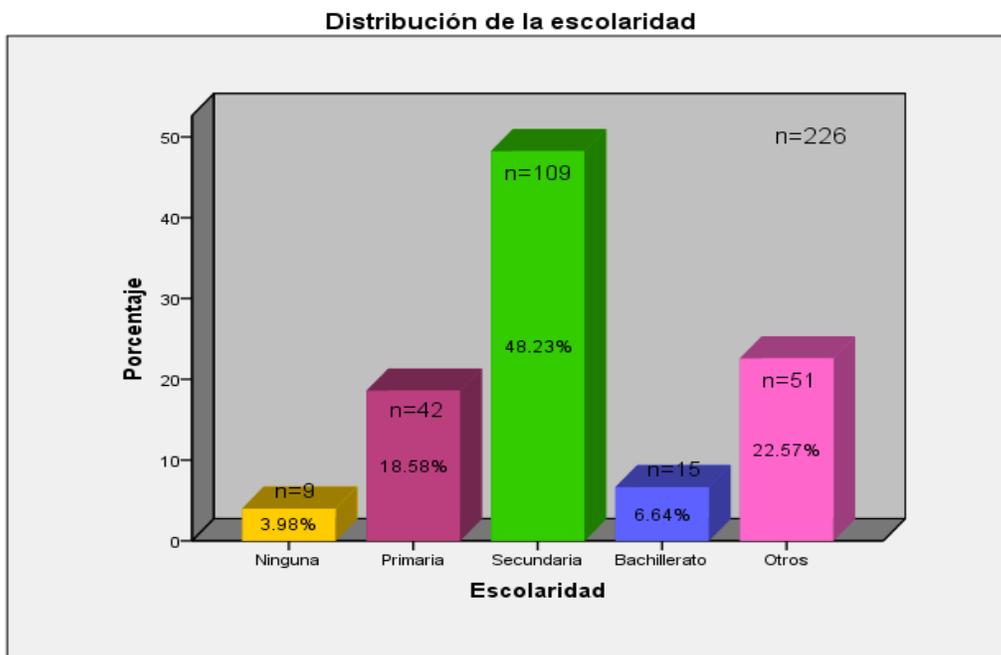
- Se utilizaron recursos económicos del investigador no se requirió de financiamiento externo.

Factibilidad

- debido a que la disponibilidad de los recursos físicos ya se encontraban instalados y en operación, se realizó el presente proyecto dependiendo únicamente del tiempo destinado a buscar los expedientes y la anuencia institucional del uso de las instalaciones para concretar el objetivo general y los objetivos específicos, por lo que se consideró un estudio factible.

RESULTADOS

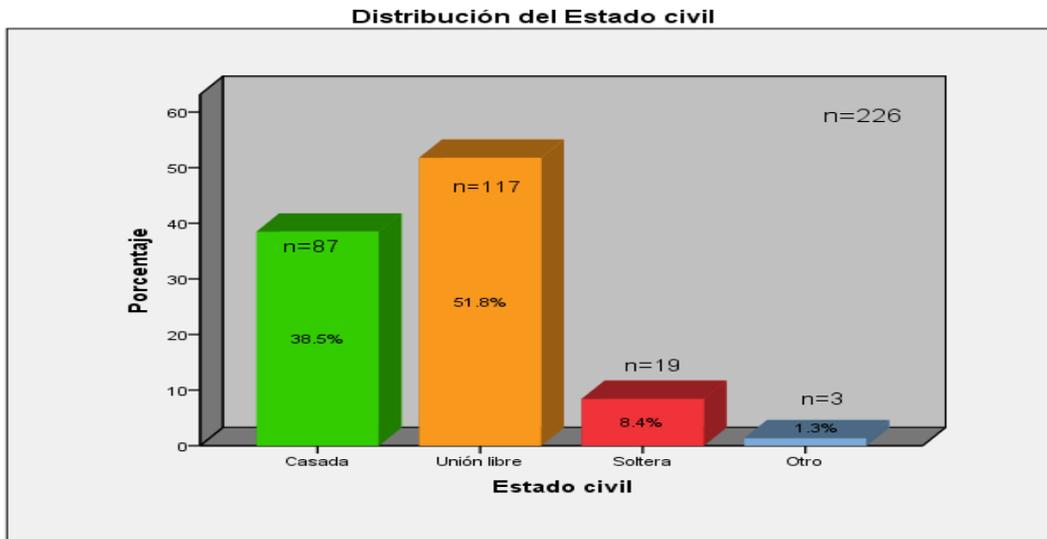
Se realizó el cálculo de distribuciones de frecuencia y prevalencias de las características generales de las 226 mujeres con amenaza de parto pretérmino, para identificar los casos de parto pretérmino, es decir aquellas que dieron alumbramiento antes de 37 semanas de gestación y aquellos casos que presentaron amenaza pero llegaron a término (de 37 a 42 semanas de gestación). Para identificar asociación se realizó el cálculo de Chi cuadrado, considerándolo significativa si P es menor o igual a 0.05.



Gráfica 1. Distribución de los datos sociodemográficos.

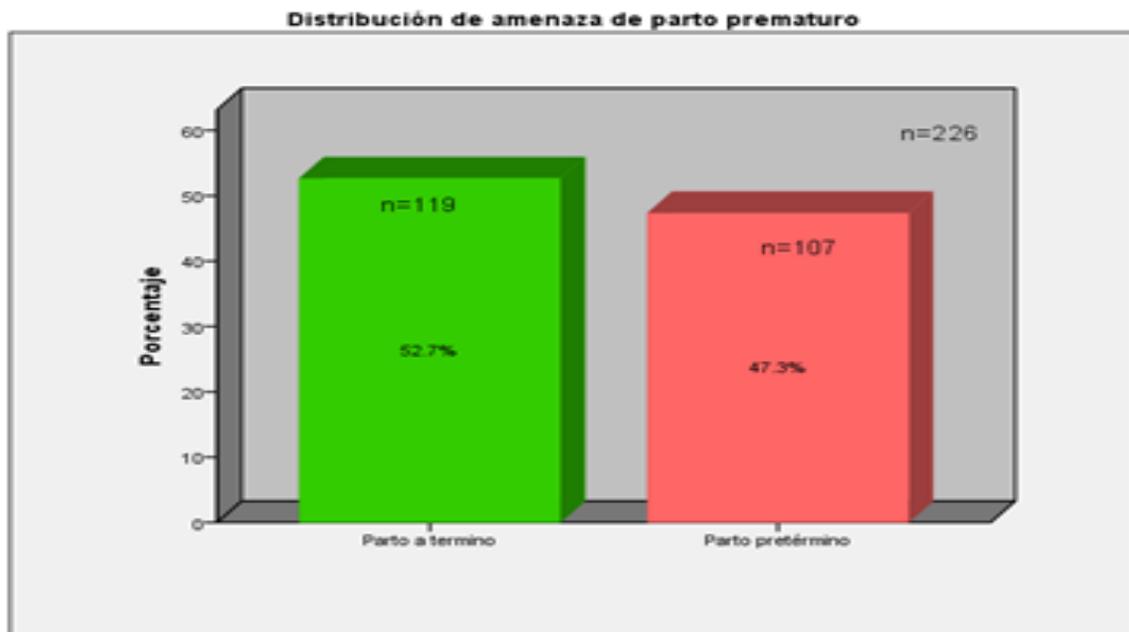
Fuente: Base de datos/expediente clínico. Hospital General Raymundo Abarca Alarcon,2015.

En la Gráfica 1, se puede observar las características socio demográficas de las mujeres que presentaron amenaza de parto pretérmino, atendidas en el Hospital General Raymundo Abarca Alarcón. La mayor prevalencia fue para el nivel escolar de secundaria 109 (48.23%), seguido del nivel Primaria 42 (18.59%), el nivel secundario con 15 (6.64%) y, 52 (22.57%) casos sin especificar el nivel de escolaridad, y 9 (3.99%) casos sin escolaridad.



Gráfica 2 Distribución de los datos sociodemográficos

Fuente: Base de datos/expediente clínico. Hospital General Raymundo Abarca Alarcon, En la Gráfica 2, se presenta el estado civil, 87 (38.5%) mujeres con amenaza de parto pretérmino casadas, 117 (51.8%) de ellas viven en unión libre, 19 (8.4%) son solteras y 3 (1.3%) no especificaron su estado civil.

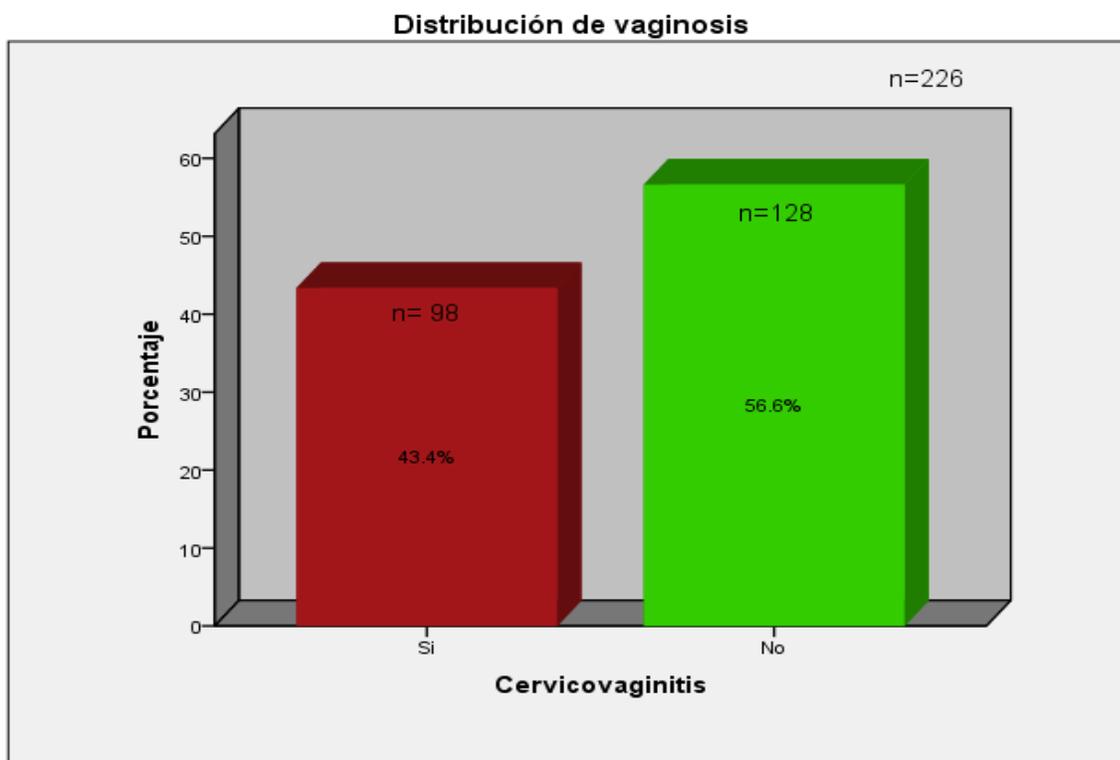


Gráfica 3. Distribución de la amenaza de partos

Fuente: Base de datos/Expediente clínico. Hospital General Raymundo Abarca Alarcón, 2015

De los 226 casos registrados con amenaza de parto pretérmino, 107 casos presentaron parto pretérmino, con una prevalencia 47.3%, es decir su parto fue antes de 37 semanas de gestación (prevalencia presentada sólo para los casos analizados), en tanto que 119 (52.7%) casos llegaron a parto a término (de 37 a 42 semanas de gestación), Gráfica 3.

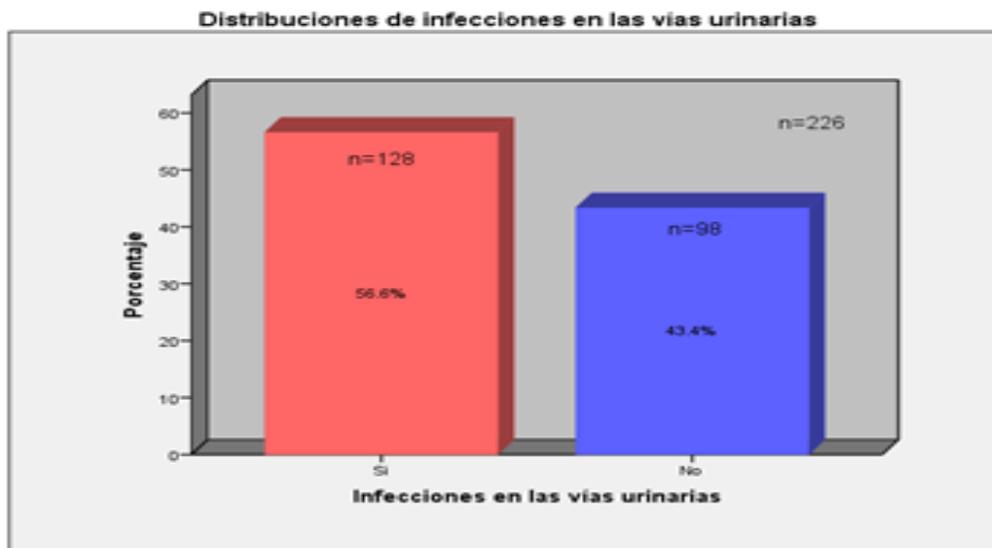
En relación con la prevalencia de vaginosis se tuvo 98 (43.4%) casos y 128 (56.6%) resultaron negativos en las mujeres con amenaza de parto pretérmino, Gráfica 4.



Gráfica 4. Prevalencia de vaginosis

Fuente: Base de datos/expediente clínico. Hospital General Raymundo Abarca Alarcón, 2015.

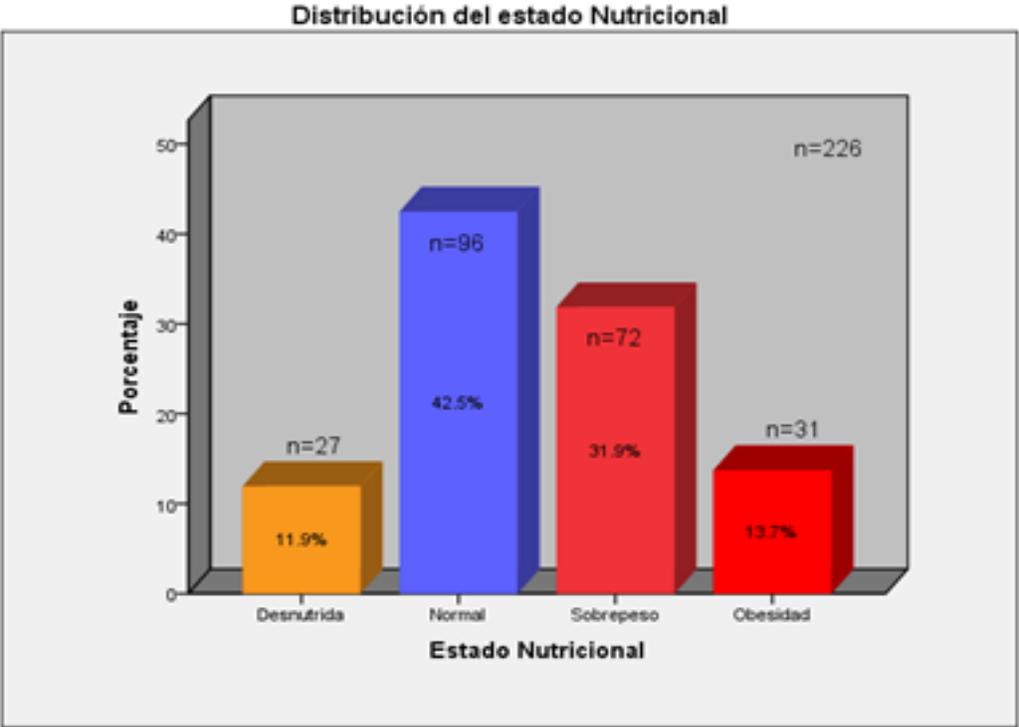
En la Gráfica 5, se observa la prevalencia de infecciones en las vías urinarias de las mujeres con amenaza de parto pretérmino de ellas 128 (56.6%) presentaron infecciones en las vías urinarias y 98 (43.4%) mujeres no tuvieron ITS.



Gráfica 5. Prevalencia de infecciones en las vías urinarias

Fuente: Base de datos/Expediente clínico. Hospital General Raymundo Abarca Alarcón,

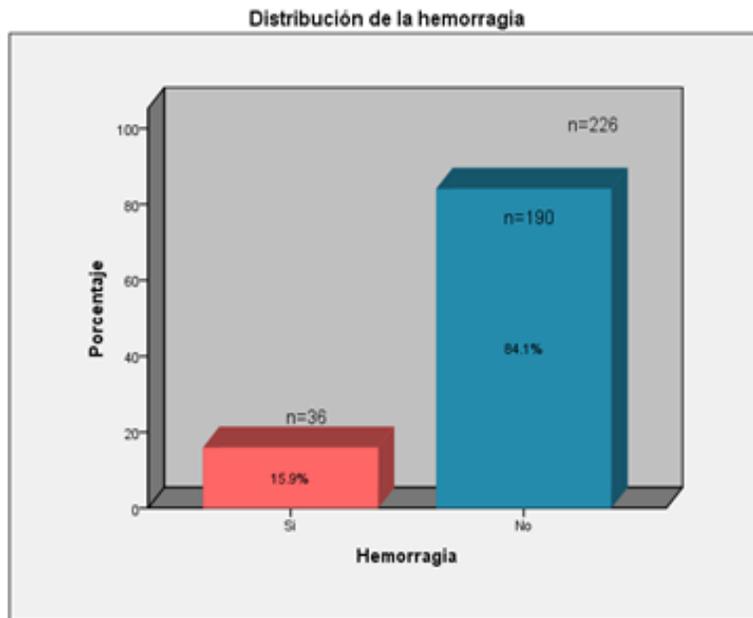
En la Gráfica 6. Se tiene la prevalencia del estado nutricional en las mujeres con amenaza de parto pretérmino, 96 (42.5%) casos tienen un IMC normal, 72 (31.9%) casos con sobrepeso, 31 (13.7%) casos con obesidad y, 27 (11.9%) casos se encuentran en la clasificación de desnutrida.



Gráfica 6. Prevalencia del índice de masa corporal

Fuente: Base de datos/expediente clínico. Hospital General Raymundo Abarca Alarcón,

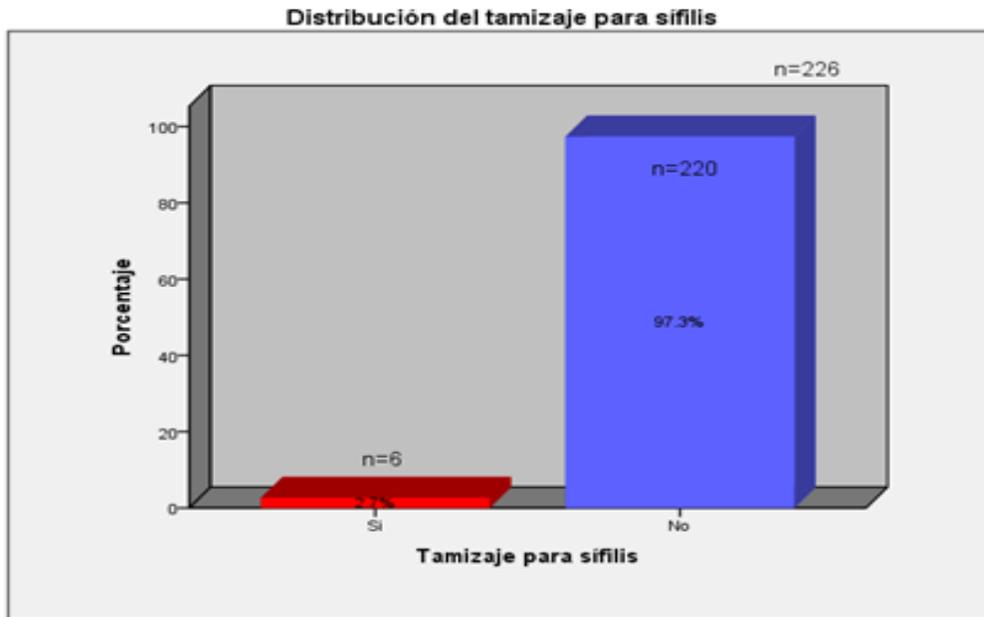
Con relación a la prevalencia de la hemorragia, 36 (15.9%) mujeres con amenaza de parto pretérmino presentaron hemorragia, en tanto que 190 (84.1%) casos no presentaron hemorragia, Gráfica 7.



Gráfica 7. Prevalencia de mujeres con amenaza de parto prematuro con hemorragia

Fuente: Base de datos/expediente clínico. Hospital General Raymundo Abarca Alarcón, 2015

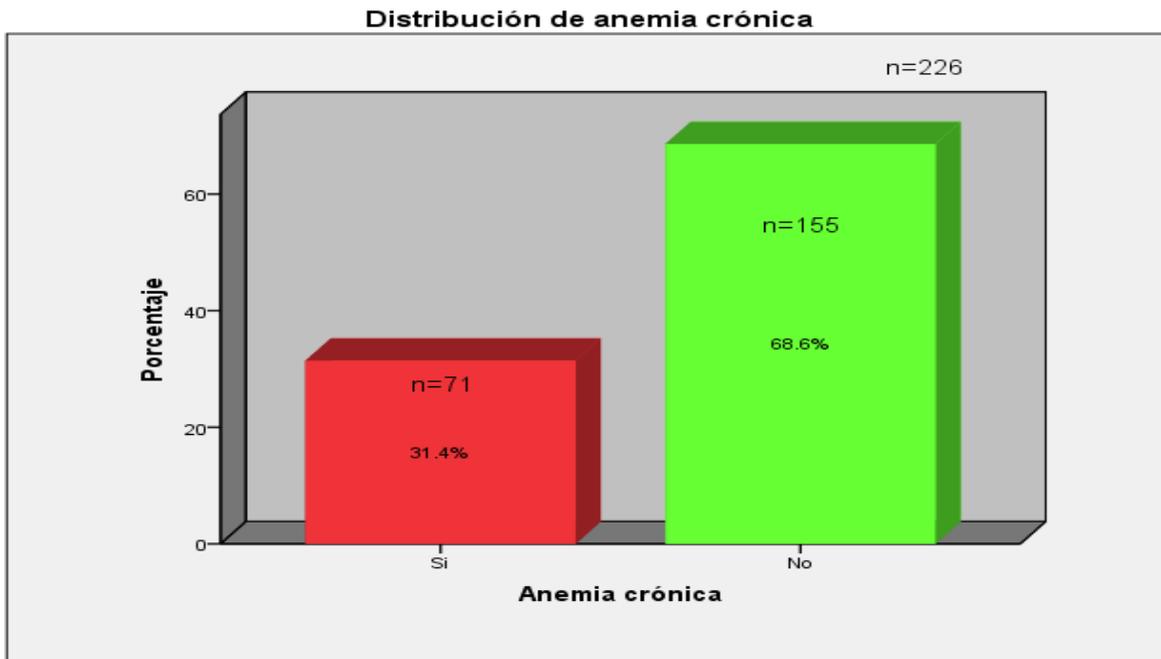
En el caso de la prevalencia de tamizaje para sífilis en las mujeres amenaza de parto pretérmino, se encontró a 6 (2.7%) mujeres positivas, en tanto que 220 (97.3%) resultaron negativas en el tamizaje para sífilis, Gráfico8.



Gráfica 8. Prevalencia de tamizaje para sífilis

Fuente: Base de datos/expediente clínico. Hospital General Raymundo Abarca Alarcón, 2015

Con respecto a la anemia crónica se tuvo en 71 (31.4%) mujeres con amenaza de parto pretérmino de acuerdo a la hemoglobina < 11 mg/dl, mientras que 155 (68.6%) no presentaron anemia crónica, Grafica 9.



Gráfica 9. Prevalencia de la anemia crónica

Fuente: Base de datos/expediente clínico. Hospital General Raymundo Abarca Alarcón, 2015

Para dar cumplimiento a los objetivos, de los 226 casos que presentaron amenaza de parto pretérmino, se analizaron los factores sociodemográficos y gineco obstétricos de 107 mujeres que tuvieron parto pretérmino y que fueron atendidas en el Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón”. Es importante mencionar que las características a analizar solo corresponden a las mujeres que presentaron amenaza y llegaron a parto pretérmino en el periodo 1 de julio del 2015 al 31 de diciembre del 2015 y que fueron atendidas en dicho Hospital, por lo que no se puede extrapolar al municipio de Chilpancingo, encontrando los siguientes resultados:

Factores	Parto pretérmino		Total		X ²	p< 0.05
	Registro	Prev%	Registro	Prev%		
Con infección en vías urinarias	68	30.1	128	56.4	3.95	0.047
Sin infección en vías urinarias	39	17.3	99	43.6		
Vaginosis Sí	51	22.6	98	43.4	0.1.5	0.216
Vaginosis No	56	24.8	128	56.6		
Total	107	47.3	226	100.0		

En la Tabla 1, se puede observar la asociación de las mujeres con Infección de vías urinarias (IVU) con 128 (56.4%), de ellas, 68 (30.1%) casos presentaron parto pretérmino, de las mujeres que no tuvieron IVU y su parto fue pretérmino fueron 39 (17.3%) en total fueron 99 casos sin IVU. Con respecto a estadístico de asociación Chi cuadrada igual a 3.95 y un p = 0.047, se puede decir que existe relación entre la infección en vías urinarias y el parto pretérmino.

Para la variable vaginosis fueron 98 (43.6%) casos en total reportados, de ellos 51 (22.6%) tuvieron parto pretérmino y vaginosis, 128 casos no presentaron vaginosis y de estos 56 (24.8%) presentaron parto pretérmino. Con relación a la variable de asociación para esta muestra no resulto significativo, es decir la vaginosis no está relacionada a partos pretérmino con una Chi cuadrada de 1.35 y un p= 0.245.

Factores	Parto Pretérmino		Total		X ²	p< 0.05
	Registro	Prev%	Registro	Prev%		
Edo civil Acompañada	92	40.7	109	48.2	4.245	0.039
Edo civil soltera	15	6.6	22	9.7		

Esc: Sin estudios	5	2.2	9	4.0	0.253	0.6.15
Esc: Con estudios	102	45.1	217	96.0		
Total	107	47.3	226	100.0		

En cuanto a los factores sociodemográficos, se encontró el estado civil estadísticamente significativa con una Chi cuadrada de 4.245 y un $p=0.039$, es decir que el estado civil está asociado al parto pretérmino, para la escolaridad el $p= 0.615$ es mayor, por lo que no existe asociación, sin embargo, se puede observar que de las mujeres con parto pretérmino 102 (45.1%) tienen estudios básicos y sólo 5 (2.2%) casos no tienen estudios y presentaron parto pretérmino.

Estado nutricional	Parto Pretérmino		Total		X ²	p< 0.05
	Registro	Prev%	Registro	Prev%		
Peso normal	66	29.2	123	54.4	4.315	0.038
Con obesidad	41	18.1	103	45.6		
Hemorragia						
Con hemorragia	11	4.9	36	15.9	4.842	0.028
Sin hemorragia	96	42.5	190	84.1		
Tamizaje para sífilis						
Positivo	2	0.9	6	2.7	0.485	0.486
Negativo	105	46.5	220	97.3		
Anemia crónica						
Con anemia	34	15.0	71	31.4	0.012	0.912
Sin anemia	73	32.3	155	68.6		
Total	120	52.9%	226	100.0		

En la Tabla 3, se tiene la asociación del estado nutricional y la amenaza de parto pretérmino, de 123 (54.6%) mujeres con peso normal, se puede observar que 66 (29.2%) casos llegaron a parto pretérmino, las mujeres con obesidad 41(18.1%) de ellas presentaron parto pretérmino, en total se tuvo 103 (45.4%) mujeres con obesidad. Con respecto a la asociación el estadístico Chi cuadrado fue de 4.315 y un $p = 0.038$, por lo que se puede decir que, el estado nutricional está asociado a la amenaza de parto pretérmino.

En relación con hemorragia se presentaron 11 (4.9%) casos relacionados con amenaza de parto pretérmino, en total se tuvo 36 (15.9) casos con hemorragia, de los

casos que no mostraron hemorragia relacionada con amenaza de parto pretérmino fueron 96 (42.5%) casos, en total de casos sin hemorragia fueron 190 (84.1%). Con respecto al estadístico Chi cuadrada de 4.842 y un $p=0.028$, se encontró asociación entre hemorragia y amenaza de parto pretérmino, es decir las variables están relacionadas.

Para el factor tamizaje para sífilis, no se encontró asociada al parto pretérmino, sólo dos mujeres fueron positivas para el tamizaje de sífilis y presentaron parto pretérmino, en total hubo 6 (2.7%) casos positivos para Tamizaje de sífilis, 105 (46.5%) casos resultaron negativos para tamizaje de sífilis y presentaron parto pretérmino, en total 220 (97.3%) resultaron negativos en tamizaje para sífilis.

Finalmente con respecto al cuarto factor que es la anemia crónica se presentaron 71 (31.3%) casos de ellos 34 (15.0%) tuvieron parto pretérmino, 73 (32.3%) mujeres sin anemia crónica presentaron parto pretérmino, total fueron 155 (68.6%) sin anemia crónica. No se encontró significancia estadística, es decir, para esta muestra de mujeres con amenaza de parto pretérmino no hay asociación con la anemia crónica.

De los factores relacionados al parto pretérmino analizados en este estudio fue estadísticamente significativos el estado civil, la infección por vías urinarias, el estado nutricional y la hemorragia, con respecto a los otros factores, escolaridad, tamizaje para sífilis y anemia crónica, pese a que en la bibliografía consultada se encuentran como variables asociadas para amenaza de parto prematuro, en nuestra investigación resultó sin asociación.

DISCUSIÓN

En la presente investigación, realizada a 226 mujeres que presentaron amenaza de parto pretérmino y que fueron atendidas en el Hospital General Raymundo Abarca Alarcón, se encontró dentro de los factores sociodemográficos escolaridad que un 48.2% (109) tienen estudios máximo de secundaria, y un 18.6% (42) estudios de primaria, y con estado civil 51.8% (117) en unión libre y casada con un 38.5% (87), presentándose aquí la mayor frecuencia de amenaza de parto pretérmino. En un estudio realizado por Romero y colaboradores, en Instituto Mexicano del Seguro Social de León, Guanajuato, de enero a diciembre de 2011, encontraron asociada la variable escolaridad ($p= 0.0034$) con amenaza de parto pretérmino el estado civil estuvo relacionado; en nuestro estudio no se encontró relación entre escolaridad pero si con respecto al estado civil ($p=0.039$). (21)

Según estudio realizado por Barrera Sánchez, en el Hospital San Rafael de Tunja, en 2010, identificaron una prevalencia asociada al parto pretérmino con infección de vías urinarias 30.5%, vaginosis de 26.7%, anemia de 23.3% y una prevalencia de parto pretérmino de 6.1%, en comparación con nuestro estudio se tuvo prevalencias de infecciones en vías urinarias del 30.1%, vaginosis 22.6% y en anemia crónica del 15.03% con relación al parto pretérmino, en la prevalencia general de parto pretérmino fue de 47.3% por mucho más alto que en Barrera Sánchez y colaboradores, debido a que en nuestra población se calculó en mujeres con amenaza de parto pretérmino. (22)

De acuerdo a estudio realizado en Jalisco, México en el Hospital General de Occidente, por Ortiz y colaboradores, el 68.69% vivían en unión libre con su pareja, el 27.3% tenían estudios de primaria o menos y una prevalencia de partos pretérmino de 1.34% con 35 semanas o menos de gestación, comparando con nuestro estudio, se encontró un 86.0% que viven en pareja y un 14.0% (15) que vive sin pareja con relación al parto pretérmino, y un 2.2% (5) sin estudios básicos y 45.1% con estudios básicos (Primaria secundaria y preparatoria o equivalente) en mujeres parto pretérmino, en nuestro estudio la prevalencia de partos pretérmino fue mayor 47.3% en comparación

con Ortiz y colaboradores, debido a lo ya comentado que nuestra muestra fue sólo en mujeres con amenaza de parto pretérmino y que llegaron al parto ya sea Pretérmino (de menos de 37 semanas de gestación) o a término (de 37 a 42 semanas de gestación) . (23)

CONCLUSIONES

Se estudiaron 226 casos con amenaza de parto pretérmino de ellos, 107 (47.3%) tuvieron parto pretérmino y 119 (52.7%) llegaron a término gestacional.

En relación a las características sociodemográficas se encontró predominante las mujeres casadas en un 38.5% (87) y que viven en unión libre con sus parejas 52.8% (117). En el caso del nivel de estudios se tuvo mayor frecuencia en estudios de secundaria con un 48.23% (109) y en nivel primaria con 18.58% (42). Estos resultados de nuestro estudio se encuentran de acuerdo a lo publicado en la literatura.

En el caso de los antecedentes gineco obstétricos, el estado nutricional resulto significativo en relación con el parto pretérmino ($p=0.038$), así como el estado civil ($p=0.039$), la infección por vías urinarias ($p=0.047$), y la hemorragia ($p=0.028$), el resto de las variables analizadas no fueron estadísticamente significativos, sin embargo se presentaron prevalencias en el caso de Vaginosis 22.6%, IVU 30.1%, hemorragia 11.0%, Tamizaje para sífilis positivo de 0.9%, estado nutricional 29.2%, y para anemia de 15.0%.

La mayoría de los factores asociados a parto pretérmino que se pudieron observar son prevenibles. El conocer las frecuencias de estos factores confirman la importancia de orientar las conductas de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado en nuestro medio, donde la reducción de las tasa de parto pretermino sea nuestra principal meta.

Nuestros resultados muestran que existen factores involucrados a parto pretérmino que también se presentaron en gestantes que llegaron al término de la gestación, por lo que esto puede dar pauta a la elaboración de un estudio de casos y controles en el que sea posible comparar dichas variables.

RECOMENDACIONES

Para prevenir un parto pretérmino, se debe asistir a una cita preconcepcional por lo menos tres meses antes del embarazo, para descartar infecciones que ameriten tratamiento. Iniciar, desde esa misma consulta, suplencia con ácido fólico, hierro, calcio y omega 3. Se puede realizar una ecografía para descartar un cuello corto y corregirlo a tiempo. En el caso de una fumadora que busca embarazo, se puede hacer prevención al dejar el hábito y conocer los efectos que tiene el cigarrillo sobre el embarazo, la madre y el feto. Diferentes estudios han demostrado que es muy peligroso fumar cuando se está embarazada porque se ataca, de manera directa, la salud del bebé en gestación.

Así mismo, se recomienda que durante la atención prenatal o en las salas de espera donde se encuentren gestantes adolescentes, se les refuerce la educación respecto a los cuidados durante el embarazo, hábitos higiénicos, dietéticos de tal manera que se pueda reducir la presencia de factores modificables como la infección urinaria e infecciones vaginales, ya que por su edad tienen mayor riesgo de presentar estos factores y a la vez desencadenar el parto pretérmino.

Finalmente, se ha observado en el presente estudio que la escolaridad básica y vivir en unión libre fueron las de mayor frecuencia presentadas, por lo que se sugiere que a través de talleres educativos dirigidos a mujeres en edad fértil, se les brinde la información necesaria sobre el embarazo y autocuidado de la salud, las complicaciones que puede llevar, una de ellas el parto pretérmino, con la finalidad de que tomen conciencia de la importancia del control prenatal durante el embarazo

La intervención del médico familiar es importante para la contribución para promover medidas en primer nivel que nos apoyen a evitar los factores asociados a que la gestación termine en parto pretérmino y las consecuencias en el entorno familiar que se generan con esta patología para el binomio. Resulta importante promover el desarrollo de aptitudes para el adecuado manejo de las pacientes con factores de riesgo para parto pretérmino, identificación, referencia oportuna y seguimiento hasta la culminación de la gestación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Espejo Martínez A, Samanes Lagarra F, Martel Gómez E. Epidemiología del parto pretérmino. *Toko-Ginecología Práctica*. 1999 Mayo; 58(637).
2. Ugalde Valencia D, Hernández Juárez MG, Ruiz Rodríguez A, Villarreal Ríos E. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. *Revista Chilena Obstet Ginecol*. 2012; 77(5).
3. Howson C, Kinney M, Lawn J. *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. Geneva: World Health Organization; 2012.
4. Federación DOdl. NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. ; 2016.
5. Beck S, Wojdyla D, Say L, Pilar Beltran A. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2010 Enero; 88.
6. Minguet-Romero R, Cruz Cruz PdR, Ruiz-Rosas R. Incidencia de nacimientos pretérmino en el IMSS (2007-2012). *Ginecología y Obstetricia de México*. 2014; 82.
7. Calderón Guillén J, Vega Malagón G, Velázquez Tlapanco J, Morales Carrera R. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. *Revista médica del IMSS*. 2005 Julio-Agosto; 43(4).
8. Losa E, González E, González G. Factores de riesgo del parto pretérmino. *Progresos de obstetricia y ginecología*. 2006 Febrero; 49(2).
9. Beltrán Montoya J, Ávila-Vergara MA, Vadillo Ortega F. Infección cervicovaginal como factor de riesgo para parto pretérmino. *Ginecología y obstetricia de México*. 2002 Abril; 70.
10. Couto Núñez D, Nápoles Méndez D, Montes de Oca Santiago P. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. *MEDISAN*. 2014; 18(6).
11. Marcelo Padrenas A. Infecciones cérvico vaginales y embarazo. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014 Noviembre; 25(6).
12. Mc Donald H, Brocklehursts P, Gordon A. Antibioticos para el tratamiento de la vaginosis bacteriana en el embarazo. *THE COCHRANE COLLABORATION*. 2007;(4).

13. Salud Sd. Prevencion diagnostico y trTramiento de la vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva en el primer nivel de atencion. Catalogo maestro de guias de practica clinica: IMSS-081-08. 2014.
14. Autún Rosado D, Sanabria Padrón V, Cortés Figueroa E. Etiología y frecuencia de bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas. Perinatología y Reproducción Humana. 2015; 29(4).
15. Vallejos Medic C, López Villegas MdR, Enríquez Guerra MÁ. Prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla. Enfermedades infecciosas y Microbiología. 2010 Septiembre; 30(4).
16. Quiroga-Feuchter G, Robles-Torres RE, Ruelas-Morán A. Bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas. Una amenaza subestimada. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2007 Marzo; 45(2).
17. salud MSd. Diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo, en un primer nivel de atención. 2009. México.
18. Obstetricia SEdGy. Protocolos asistenciales en Obstetricia. [Online].; 2012. Available from: www.prosego.com.
19. Boots A, Sanchez L, Bowers D. The short-term prediction of preterm birth: a systematic review and diagnostic metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2014; 210(54).
20. Escribá-Agüir V, Clemente I, Saurel-Cubizolles. Factores socioeconómicos asociados al parto pretérmino. Resultados del proyecto EUROPOP en el estado Español. Gaceta Sanitaria. 2001; 15(1).
21. Romero-Gutiérrez G, Rocha-Morales D, Ruiz-Treviño AS. Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna durante el puerperio inmediato. Ginecol Obstet Mex. 2013; 81: p. 180-185.
22. Barrera Sánchez LF, Manrique Abril FG, Ospina Díaz JM. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá. Rev Virtual, Universidad Católica del Norte. 2016 Mayo;(48).
23. Ortiz Villalobos RC, Bañuelos Franco A, Serranos Enríquez RF, Mejía Mendoza L, Laureano Eugenio J. Perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente de Jalisco, México. Rev Cubana de Obstetricia y ginecología. 2015; 41(4).

ANEXOS

Anexo 1. Lista de cotejo para la recolección de la información.

Edad		No. Expediente:	Peso: Talla:
	años		
Estado civil	Soltera () Unión libre () Casada () Otro ()		
Escolaridad	Ninguna () Primaria () Secundaria () Bachillerato () Otra ()		
IMC	Desnutrida () Normal () Sobrepeso () Obesidad ()		
VDRL (+)	Sí () No ()		
Infección de vías urinarias	Sí () No ()		
Vaginosis	Sí () No ()		
Anemia	Sí () No ()		
Hemorragia	Sí () No ()		
Parto pretérmino	Sí () No ()		

Anexo. 3

**SOLICITUD DE AUTORIZACION DE MANEJO DE INFORMACION EN EL
HOSPITAL GENERAL RAYMUNDO ABARCA ALARCON**

Chilpancingo, Gro., a Mayo del 2015.

Dr. Carlos Juárez Monroy

Director del Hospital General Raymundo Abarca Alarcón.

Presente.

Por medio del presente solicito a usted de manera atenta y respetuosa me autorice la ejecución y recolección de datos para la realización de mi procolo de investigación con el tema: Asociación de infección de vías urinarias y vaginosis con el parto pretérmino en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Raymundo Abarca Alarcón en el periodo de 1 de Julio al 31 de diciembre del 2015.

En espera de una respuesta favorable me despido enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

IRIS YEDITH LOPEZ NAVA

RESIDENTE DEL CURSO DE ESPECIALIZACION

DE MEDICINA FAMILIAR.