

11217

Universidad Nacional Autónoma de México ²²

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores



FRECUENCIA E INCIDENCIA, MANEJO, RESOLUCION
Y FACTORES DE ALTO RIESGO ASOCIADOS A LA
AMENAZA DE PARTO PREMATURO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:
GINECO - OBSTETRA

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Gineco-Obstetría No. 4

REALIZADO POR:

DR. LUIS ALBERTO BARRERA GONZALEZ

MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
CURSO DE ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 4
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

" FRECUENCIA E INCIDENCIA, MANEJO, RESOLUCION Y FACTORES
DE ALTO RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO PREMA-
TURO ".



TESIS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA
Núm. 4

DEPTO. DE ENSEÑANZA
autor: Dr. Luis Alberto Barrera González
E INVESTIGACION
tutor: Dr. Martín Sergio Peña Sandoval.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002

INDICE

INTRODUCCION

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

COMENTARIO

CONCLUSION

BIBLIOGRAFIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para mi esposa Lupita:

*Que con su amor y paciencia supo estimularme en todo momento para alcanzar mis ideales, teniendo su apoyo en esos momentos difíciles y decisivos en mi formación - como especialista, por esas cosas
Gracias Kary.*

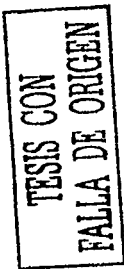
Para mis padres:

Elio Barrera Castillo (q. e. d.) y Susana González Garma que con su comprensión y cariño supieron orientarme en todo momento, debiéndoles todo lo que soy.

Para mis hermanos Addy, Carlos, Joaquín, Elio y hermanos políticos que siempre tuvieron confianza en mí.

Para un gran hombre Rafael, ejemplo continuo en mi vida como niño, adolescente, adulto y - ahora como profesionalista.

Para mi tutor, maestro y amigo Dr. Martín Sergio Peña Sandoval que supo orientarme - en todo momento.



I N T R O D U C C I O N

La prematuridad sigue siendo aún en la actualidad uno de los problemas -- principales de la obstetricia, particularmente si se considera en relación con la mortalidad perinatal la cual representa un 70% (7,14) misma que condiciona un alto índice de morbilidad que ha sido considerado 10 veces más que la incidencia de parto pretérmino que en términos generales es -- de un 10% en nuestro medio. (33).

La calidad de atención obstétrica en cualquier centro especializado se ve reflejada en la morbimortalidad materna y perinatal. Es bien conocido -- que la prematuridad es una entidad clínica que continua teniendo vital rel e -- vancia desde el punto de vista médico y social ya que constituye la causa -- principal de muerte neonatal, además de ocasionar secuelas tardías en -- los homigénitos lo cual determina grados variables de incapacidad, que -- repercutirán más tarde en la sociedad en que vivimos al integrarse a ella. Tan es así que aún a los 6 ó 12 meses de edad la morbimortalidad, es eno -- rramente mayor que en los nacidos a término.

El lograr un adecuado control en la instalación del parto pretérmino inhi -- biendo la contractibilidad uterina que surge ante situaciones adversas, ha sido el anhelo perseguido por el obstetra a través del siglo, lo que ha tra -- do consigo diversos estudios realizados en diferentes países y por lo tanto el conocer los factores condicionantes del parto prematuro. (3, 5, 11, 13). Investigadores como Anderson, Eastam, Russel, Fedick y otros, mencio -- nan determinadas causas relacionadas con esta patología; además de la -- existencia de algunas directas que son bien conocidas, existen otras difi -- cil de precisar y comprender en cuanto a su mecanismo de causa-efecto y

que algunos autores mencionan como de tipo inevitable capaces de desencadenar el trabajo de parto prematuro, ya que solo en el 40 a 60% de los casos es posible encontrar algún factor etiológico preciso.

Un alto porcentaje de casos no tienen una causa determinada y el conocimiento de estos redundaría en disminución de la mortalidad neonatal y patología residual, lo cual reflejaría en el mejoramiento de la asistencia brindada al binomio Madre-Feto. (15, 16, 22, 24, 25).

Se señalan cifras promedio de prematuridad general entre un 6 a 10% y a pesar de los avances de la tecnología y recursos médicos, estos índices permanecen sensiblemente iguales. La frecuencia de esta entidad dentro del I.M.S.S. representa el 9.8% de los ingresos hospitalarios por razones -- obstétricas (10).

Existen múltiples artículos referentes al estudio de factores predisponentes considerados de alto riesgo, así como su prevención, consecuencias y uso de diferentes esquemas terapéuticos para el manejo de esta complicación. (28, 30, 31, 36), aunque es bien aceptado que es una patología multifactorial y que como habíamos mencionado, un 40 a 60% no tienen causa identificable, lo que aunado a la falta de uniformidad de criterios para definir parto pretérmino y conociendo que en la determinación de las disritmias del crecimiento intrauterino intervienen múltiples situaciones biológicas sociales y culturales, sobre todo en nuestra población derechohabiente, nos ha motivado a realizar el presente estudio el cual tiene como fin analizar los casos de amenaza de parto prematuro, sus antecedentes preconceptionales y sus factores considerados de riesgo, manejo y estancia hospitalaria, control prenatal, reingresos, vías de resolución del embarazo, morbimortali-

dad, patologías agregadas, peso y sexo de los productos, evolución neonatal, mortalidad y morbilidad de los mismos, todo esto con el fin de integrar un perfil de riesgo elevado del parto pretérmino, y de esta manera tratar de evitar situaciones tan evidentes como el que estos productos cuando alcancen la adolescencia, no estén en desventaja en cuanto a talla y/o peso en relación con otros jóvenes de su edad; o lo más importante, que el grado de perturbación psicosomática, traducido como deficiencias importantes a nivel de sistema nervioso central, sea una lacra tanto personal como familiar como en la sociedad en que se desenvolverá el individuo.

MATERIAL Y METODOS

Para el presente trabajo se efectuó una revisión de expedientes clínicos de pacientes que ingresaron a esta Unidad con el diagnóstico clínico de amenaza de parto prematuro durante el año de 1981 en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se excluyeron del estudio aquellos casos que fueron admitidos directamente al servicio de labor en las cuales no se intentó utero-inhibición, o aquellas que presentaban ruptura de membranas y embarazos mayores de 36 semanas, ya que estos últimos por norma del Hospital se dejan a evolución espontánea. También se excluyeron aquellos casos que fueron ingresadas con otro diagnóstico: (Preeclampsia severa, IBP, DPPNI, Epilepsia, Colecistitis, etc.) pero que no presentaban actividad uterina o modificaciones cervicales ya que no quedaban incluidas dentro de lo que definimos como amenaza de parto prematuro.

Definimos para el estudio amenaza de parto prematuro: aquel en que se ha desencadenado un patrón de contractilidad uterina anormal para la edad gestacional comprendida entre las semanas 28 a 36, completando el diagnóstico con signos subjetivos y objetivos como dolor y frecuencia de las contracciones y evolución de las características del cérvix, datos tomados de la valoración del Servicio de Admisión y traspolados al criterio de Baumgarten Modificado. (9,35,40).

Fueron 202 los expedientes seleccionados y revisados, se analizaron los antecedentes considerados de riesgo previos al embarazo, durante el embarazo, patología agregada a su ingreso y otras variables como edad de las

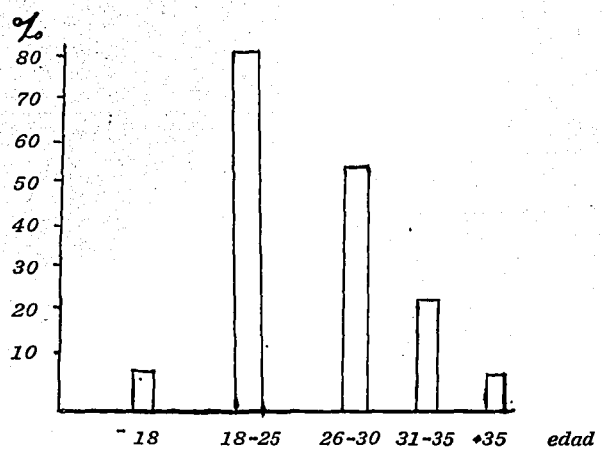
pacientes, gesta, para, abortos y cesáreas previas, factores asociados con el parto pretérmino (ver cuadro 1), su evolución intrahospitalaria, manejo, medicamentos utilizados, estancia hospitalaria.

Se consideró valorar éxito terapéutico de acuerdo al criterio de Baumgarten y Weidinger modificado (cuadro 2), control prenatal y después de su egreso, reingreso y resolución del embarazo (sem. de gestación y tipo de resolución), peso y sexo de los productos, morbimortalidad materno fetal.

CUADRO 2

CRITERIO PARA DEFINIR EXITO TERAPEUTICO (Baumgarten y Weidinger).

- 1. Cuando el tratamiento ha logrado prolongar el embarazo un mínimo de 7 días a partir de su instalación.
- 2. Cuando se ha alcanzado un peso de 2,500 g. o más en el recién nacido.
- 3. Cuando se obtiene una supervivencia del recién nacido de más de 7 días.



Gráfica I

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

EDAD. - Uno de los primeros parámetros estudiados fué la edad de las pacientes en las que encontramos un porcentaje mayor de casos en mujeres - con edades comprendidas entre 18 y 25 años (103 casos), siguiendo en frecuencia las de 26 y 30 años (57 casos) y por último pacientes de menos de 18 años y más de 35 años como puede verse en la Grafica I.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Se analizaron los antecedentes de gestas, paras, abortos y cesáreas a su ingreso, para lo cual éstas se dividieron en diferentes grupos para su estudio, encontrando los siguientes resultados.

GESTA

I-IV: 164 casos
más de IV: 38 casos

PARA

I-II: 76 casos
III-IV: 38 casos
más de IV 14 casos.

ABORTOS

I-II: 50 casos
más II: 6 "

CESAREAS

I: 34 casos
II: 13 casos

ANTECEDENTES MEDIO OBSTETRICOS

Tal como se menciona por múltiples autores, en esta revisión encontramos factores de riesgo asociados a la amenaza de parto prematuro como son antecedentes médicos, enfermedades sistémicas y factores estrictamente sociales, una amplia gamma que se relaciona en forma accidental o existiendo una interrelación estrecha con esta patología como puede observarse en el cuadro siguiente:

ANTECEDENTES

9

	No.	%
AMENAZA DE ABORTO	13	6.4
AMENAZA DE PARTO PREMATURO	19	9.4
OBITOS	5	2.4
MALFORMACIONES FETALES	5	2.4
CARDIOPATIA	4	1.9
NEFROPATIA	1	0.4
DIABETES	5	2.4
FIEBRE REUMATICA	3	1.4
TUBERCULOSIS	1	0.4
EPILEPSIA	1	0.4
NEUROSIS CONVERSIVA	4	1.9%
HEPATITIS	2	0.9
HIPERTIROIDISMO	1	0.4
CIRUGIAS PREVIAS	48	23.7
VARICES	14	6.9
INFECCION DE VIAS URINARIAS	30	14.8
FARINGOAMIGDALITIS	16	7.9
PARASITOSIS	24	11.8
SINDROME DE WOLF PARKINSON	1	0.4
TABAQUISMO (actual)	25	12.3
ALCOHOLISMO (actual)	11	5.4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OCUPACION MATERNA

Se apreció en este estudio una mayor incidencia en madres dedicadas al hogar un 74.7%, en relación a las madres que trabajan que fué de un 25.3%.

	No.	%
HOGAR	1 5 1	74.7
TRABAJAN	5 1	25.3

ESTADO CIVIL

Fué evidente que el grupo de madres solteras fué mucho menor que las casadas como se aprecia abajo.

	No.	%
SOLTERAS	1 8	8.9
CASADAS	1 8 4	91.1

MEDIO SOCIOECONOMICO

Se hizo una clasificación en cuanto al medio socioeconómico existente en el grupo estudiado, consideramos clase I, aquellas con alimentación suficiente y hábitos adecuados. Se consideró Clase II aquellas con hábitos higiénicos y dietéticos deficientes. Siendo los resultados en ambos grupos casi similares:

	No.	%
CLASE I	1 0 0	49.5
CLASE II	1 0 2	50.5

EDUCACION

Los dividimos en 4 grupos tomando como base el grado de educación y preparación que tenían las pacientes, y se dividieron por clases, considerando la clase I aquella de mayor preparación y la clase IV las analfabetas:

	No.	%	
CLASE I	35	17.3	(Preparatoria o Profesión)
CLASE II	35	17.3	(Secundaria)
CLASE III	100	49.5	(Primaria, completa ó incompleta).
CLASE IV	32	15.8	(Analfabetas).

EDAD GESTACIONAL A SU INGRESO (APP)

Se efectuó una división por semanas de gestación por amenorrea a su ingreso llevando a cabo valoración clínica, apreciándose casos en los que había discordancia entre el crecimiento uterino y amenorrea; analizamos los estudios que se solicitaron para estos casos, por lo que la edad mencionada es una edad gestacional corregida.

	No.	%
28 a 30 semanas:	34	16.8
31 a 33 semanas:	70	34.6
34 a 36 semanas:	98	48.5

Mencionamos ahora los casos en que hubo discordancia entre la clínica y la FUR, ignorando esta última sólo 6 pacientes.

	No.	%
CLINICAMENTE MAYOR AMENORREA	17	8.4
CLINICAMENTE MENOR AMENORREA	14	6.9

6 FUR.

De las 37 pacientes en que hubo discordancia entre la clínica y la amenorrea, se les solicitaron estudios radiológicos habiéndose incluido en estos estudios las 6 pacientes que ignoraban FUR; se les solicitó edad ósea

radiológica y DBP, solamente 14 casos con éste último estudio.

	No.	%
RX IGUAL AMENORREA	16	
RX MENOR AMENORREA	12	
RX MAYOR AMENORREA	9	
D B P IGUAL AMENORREA	6	
D B P MENOR AMENORREA	5	
D B P MAYOR AMENORREA	3	

Se apreció en estos estudios realizados que hubo una discondancia entre la Rx y el DBP de más o menos 2 semanas de diferencia.

PATOLOGIA AGREGADA A SU INGRESO

Se apreciaron en forma importante patologías que se encuentran muy asociados a la prematuridad como se puede apreciar en el siguiente cuadro, habiendo incluido en este, pacientes que habían cursado durante su embarazo con amenaza de aborto y amenazas de parto inmaduro, algunos de ellos manejados con uteroinhibidores.

<u>PATOLOGIA</u>	No.	%
I. V. U.	50	
CERVICOVAGINITIS	18	
I. B. P.	9	
GASTROENTERITIS	5	
POLIHDRAMNIOS	4	
P. PELVICA	11	
CISTITIS	1	
PIELONEFRITIS	1	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

	No
FARINGOAMIGNALITIS	7
HIPEREMESIS	1
INCOMPETENCIA CERVICAL	1
S. TRANVERSA	1
PREECLAMPSIA	6
PARASITOSIS	2
GEMELAR	4
R.P.M.	14
AMENAZA DE ABORTO	8
A. PARTO INMADURO	11

INDICE TOCOLITICO MODIFICADO DE BAUMGARTEN

PARAMETRO	0	1	2	3
Contracciones	Esporadicas	Irregulares	Regulares	++++
Borramiento	No	Semiborrado	Borrado	++++
Expulsión de tapón mucoso.	No	Escaso	Abundante con sangre	
Dilatación	No	1 cm.	1-2 cm	3 ó más

RESULTADOS:	TOTAL MANEJADA CON REPOSO :	
0	60 Pacientes, con reposo sólo	28
1	95 Pacientes, con reposo sólo	8
2	30 Pacientes, con reposo sólo	7
3	17 Pacientes, con reposo sólo	9

Ejemplificándolo por estadios como lo podemos apreciar en la

(Grafica 2).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

17

GRAFICA 2

Evaluación clínica en la amenaza de Parto Pretérmino.

<i>patrón de contractibilidad modificaciones del cérvix</i>	<i>Una en 10' dolor leve</i>	<i>dos en 10' dolor moderado.</i>	<i>tres en 10' dolor intenso.</i>
	<i>Estadio I</i>	<i>Estadio II</i>	<i>Estadio III</i>
	<i>No detectable o 1 cm.</i>	<i>Borramiento 50% dilatación 1-2 cm.</i>	<i>Borramiento 50% o + dilatación 3 ó +</i>

RESULTADOS:

<i>ETAPA 0</i>	<i>60 PACIENTES</i>
<i>ETAPA 1</i>	<i>95 PACIENTES</i>
<i>ETAPA 2</i>	<i>30 PACIENTES</i>
<i>ETAPA 3</i>	<i>17 PACIENTES</i>
<i>ESTADIO I</i>	<i>155 PACIENTES</i>
<i>ESTADIO II</i>	<i>30 PACIENTES</i>
<i>ESTADIO III</i>	<i>17 PACIENTES</i>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 3

PACIENTES CON INGRESO Y RESOLUCION DE SU EMBARAZO;

<u>SEM. DE GEST.</u>	<u>PATOLOGIA</u>	<u>MANEJO</u>	<u>RESOLUCION</u>	<u>PESO</u>	<u>SEXO</u>	<u>CURSO NEO-NATAL.</u>
31-32	Prob. I.V.U.	Uteroinhibidor.	P.E.	1225	Fem.	Fallece
34-35	Prob. I.V.U.	"	Cesárea	2035	Fem.	UCIA y Alta.
31-32	I.V.U.	"	P.E.	1225	Fem.	Fallece
30-31	Ant. Metroplastia	"	Cesárea	1800	Masc.	Ucia y Alta.
31-32	-----	"	P.E.	2575	Fem.	Alta
32-33	Prob. I.V.U.	"	P.E.	1660	Masc.	UCIA y Alta
34-35	Gemelar	"	Cesárea	2200	Fem.	UCIA y Alta
				1825	Fem.	UCIA y Alta
34-35	Prob. RPM	REPOSO	P.E.	2250	Fem.	Alta
34-35	Preeclampsia	"	P.E.	1820	Fem.	UCIA y Alta.
34-35	Polihidramnios	"	P.D.	2125	Fem.	Anencefalo(*)
34-35	Prob. RPM	"	P.D.	2025	Masc.	UCIA y Alta.
35-36	-----	"	P.E.	2750	Fem.	Alta.
34-35	Gemelar	"	P.E.	2100	Fem.	UCIA y Alta.
				2210	Fem.	UCIA y Alta.

PACIENTES CON REINGRESO Y RESOLUCION DE SU EMBARAZO

29-31	semanas	4				
32-34	semanas	6				
35-37	semanas	10				
38-40	semanas	15				
PE:20	pacientes	PD: 6 casos				Cesárea: 9 casos

(CUADRO 4)

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

16

De las pacientes a las cuáles se les manejó con sólo reposo a su ingreso - (52 casos), 8 necesitaron el uso de un uteroinhibidor.

Las pacientes que ingresaron fueron manejadas con reposo y utero-inhibidores ya mencionados anteriormente, habiendo 13 pacientes que no se les pudo evitar la resolución de su embarazo; de ellos 7 casos manejados con uteroinhibidores en forma combinada sin respuesta adecuada y 6 casos manejados con reposo que se dejaron a evolución espontánea después de haber regularizado trabajo de parto, considerando estos que se encontraban en - tre las semanas 35 y 36 (5 casos). Hubo un caso de anencefalia.

El promedio de semanas de gestación en las pacientes manejadas con me - dicamentos uteroinhibidores fué de 31-32 semanas, existiendo factores aso - ciados como IVU, gemelar, antecedente de cirugía previa. Hubo 3 casos en que se practicó peración cesárea por indicación obstétrica y en su ma - yoría con peso inferior a los 2000 gr., predominando el sexo femenino.

Fallecieron solamente 2 productos por inmadurez generalizada (peso 1225 gr.) y la morbilidad fué alta en estos productos con estancia hasta de más de un mes en el Servicio de UCIA. (ver cuadro 3).

Analizamos las pacientes que tuvieron reingreso desde el punto de vista de semanas de gestación, así como patología agregada, su manejo estableci - do y el tipo de resolución del embarazo según puede observarse en el cua - dro 4 que mencionaremos al hablar de la evolución a su egreso.

UTEROINHIBIDORES UTILIZADOS -

Se utilizaron diferentes uteroinhibidores siendo en su mayoría del tipo de - los betamiméticos (terbutalina) principalmente, orciprenalina, isoxsuprina, así como inhibidores de las prostaglandinas como podemos observar en el -

cuadro a continuación:

<u>MEDICAMENTO</u>	<u>VIA</u>	<u>No. de CASOS</u>
TERBUTALINA	IV	50
TERBUTALINA	ORAL	84
ORCIPRENALINA	IV	6
ORCIPRENALINA	ORAL	2
INDOMETACINA	ORAL	2
INDOMETACINA	RECTAL	3
ISOXSUPRINA	IV	1
AC. ACETILSALICILICO	ORAL	1
SALBUTAMOL	ORAL	1
	TOTAL:	150

Se utilizó el uteroinhibidor en forma combinada en: 6 casos

Terbutalina e indometacina 5 casos

Orciprenalina y ac. acetilsalicílico 1 caso

El fracaso con los uteroinhibidores ya mencionados fué en 7 casos, en su mayoría con terbutalina en combinación con indometacina y un sólo caso - manejado con orciprenalina más ac. acetilsalicílico.

DOSIS UTILIZADA

<u>MEDICAMENTO</u>	<u>HORAS</u>	<u>VIA</u>	<u>VO</u>
TERBUTALINA	1 a 12	6 casos	8 casos
	13 a 24	31 "	4 "
	25 a 48	13 "	36 "

49 a 72	4	13	
más de 72	4	20	casos
	-----	-----	
	58	117	

Como puede observarse en la tabla anterior, fueron 58 casos en que se utilizó la vía I. V., 50 casos en forma única y en 8 más cuando no hubo respuesta a la vía oral inicial por deficiente respuesta. De los 117 casos -- mencionados, en 84 se utilizó como vía única la oral, sin embargo, en -- los 33 casos restantes en el cuadro superior se utilizó después de la vía IV como sostén.

Cuando se utilizó por vía IV se emplearon diferentes esquemas, ya que en ocasiones se manejaron con 3 a 5 ampollitas en 500 ml de solución (1 amp. 0,25 mg) y en dosis diferentes como resultado del goteo utilizado, siendo los resultados:

No. de casos	Ampulas	No.	Gotas	Dosis
-----	-----	---	-----	-----
		25	(8-12)	1,25 mcg.
36	5 amp.	2	(13-16)	2 mcg.
		9	(17-20)	2,5 mcg.
		15	(8-12)	1 mcg.
16	4 amp.	1	(17-20)	2 mcg.
		1	(8-12)	0,750 mcg.
2	3 amp.	1	(17-20)	1,5 mcg.

Solamente en 4 casos se manejó el uteroinhibidor a dosis respuesta.

TERBUTALINA VIA ORAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Aquí relacionamos el No. de Casos con las horas en que se utilizó el útero inhibidor, así como la dosis empleada en relación con el No. de pacientes en que se utilizó vía oral.

<u>No. de casos</u>	<u>Horas</u>	<u>Dosis</u>	<u>(mg)</u>	<u>No. de P.</u>
8	1 a 12	1 x 2	10	4
40	13 a 24	1 x 3	15	46
36	25 a 48	1 x 4	20	57
13	49 a 72	1 x 6	30	1
20	más de 72	2 x 6	60	5
		2 x 8	80	5

ORCIPRENALINA

Su administración siempre se manejó a dosis bajas siendo solamente en 6 casos:

5 amp. dosis 5 mcg x minuto.

La vía oral se manejo a dosis de 30 mgs al día (1 x 6).

SALBUTAMOL: *Sólo un caso y se manejó a dosis de 2 mg cada 6 hrs; se administro por espacio de 6 días.*

ISOXSUPRINA: *Un sólo caso, se manejó a dosis de 100 a 200 mcg x minuto x 24 hrs.*

AC. ACETILSALICILICO: *Un caso y se manejó la vía oral a dosis de 500 mg. cada 6 hrs por espacio de 3 días.*

INDOMETACINA:

ORAL

2 casos

1 x 3 por 48 hrs.

RECTAL

3 casos

100 mg cada 12 hrs por 72 hrs.

REACCIONES SECUNDARIAS:

Se presentaron solo en 8 casos y todos con terbutalina IV. Sus efectos fueron: palpitations, taquicardia etc....

ESTANCIA HOSPITALARIA

<u>HORAS</u>	<u>REPOSO</u>	<u>UTEROINHIBIDOR</u>
24	26	16
48	10	50
72	6	39
más 72	10	45

CONSULTAS SUBSECUENTES DESPUES DE SU EGRESO

Se analizó el número de pacientes que acudieron a Consulta Externa después de su egreso, así como las ocasiones en que acudieron, se revisaron también los casos y reingreso y resolución de su embarazo, reingreso y alta y los casos que no acudieron de nuevo a Consulta como podemos observar en el cuadro de abajo:

No regresaron a la consulta	66 casos
Acudieron a consulta	62
Reingresaron y Alta	26
Reingreso y resolución	35
Primer ingreso y resolución	13

202

<p>TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p>

Solo 84 pacientes no acudieron posteriormente a su resolución a esta Unidad ignorando como mencionabamos tipo de resolución y semanas de gestación.

De las pacientes que reingresaron con la misma patología, hubo casos que tuvieron 2 o más reingresos antes de la terminación de su embarazo.

De los casos de reingreso y resolución (35 casos), en su mayoría fueron embarazos de término y habitualmente no acudieron a control prenatal.

(Cuadro 4).

Fueron en total sólo 118 casos de las 202 las que se les resolvió su embarazo, analizando en estos las semanas de gestación a su ingreso, así como tipo de resolución e indicación de la misma, peso de los productos y sexo, morbilidad materno fetal y mortalidad fetal.

SEMANAS DE GESTACION A SU INGRESO Y RESOLUCION.

	No.
29 a 31 semanas	2
32 a 34 semanas	14
35 a 37 semanas	30
38 a 40 semanas	53
más de 41 sem.	19

TIPO DE RESOLUCION

PARTO EUTOCICO	65
PARTO DISTOCICO	16
POR CESAREA	37

INDICACIONES DEL PARTO DISTOCICO

EXPULSIVO PROLONGADO	4
----------------------	---

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROFILACTICOS	5	
PRESENTACION DE CARA	2	
O. TRANSVERSA PERSISTENTE	1	
D.P.P.N.I.	1	
OCCIPITO SACRA	1	
PELVICO	2	
<u>INDICACIONES DE LA CESAREA</u>		
D.C.P.	11	
ITERATIVA .	9	
PELVICO	3	
S. TRANSVERSA	2	
R.P.M. Y CERVIX DESFAVORABLE	1	
DGP ADQUIRIDA	1	
ANT. DE METROPLASIA	1	
ENDOMETRITIS EN CIRUGIA PREVIA	1	
S.F.A.	1	
POLIHDRAMNIOS	1	
GEMELAR (PELVICO)	1	
PRESENTACION DE CARA	1	
P.P. SANGRANTE	1	
FALTA DE PROGRESION DE T.DE P.	1	
PESO DE LOS PRODUCTOS AL NACIMIENTO	Total	121 (3 Gemelares)
1001 a 1500		2
1501 a 2000		8

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2001 a 2499 21

Mayor de: 2500 90

SEXO DE LOS PRODUCTOS (121)

MASCULINO 67

FEMENINO 54

MORBILIDAD MATERNA 31 casos No. PC 16 PP 15

PATOLOGIA: Amnionitis 9

Endometritis 7

Atonia 5

Anemia 5

Retención placentaria. 2

Dehiscencia 1

HTA 2

MORTALIDAD MATERNA: Ninguna

MORBILIDAD FETAL 46 casos No

PATOLOGIA: Conjuntivitis 2

S.I.R.I. Transitorio 18

Sepsis 2

Neumonía con Atelec 1

Ictericia Multifac. 5

Gastroenteritis 5

Obstrucción Intestinal 1

Patencialmente Inf. 12

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De estos casos, 2 requirieron exsanguíneo transfusión y uno fué enviado -
al C.M.N. por prob. Atresia Duodenal.

MORTALIDAD FETAL Total 10 casos

Se observaron malformaciones congénitas, así como inmadurez generaliza-
da por las semanas de gestación y peso de los productos, como puede apre-
ciarse en el cuadro siguiente:

<u>SEM. DE GESTACION</u>	<u>PESO</u>	<u>PATOLOGIA</u>
33-34	1980	Septicemia y H. Cerebral
35-36	2475	Malf. congénitas Prob. S. de Pottere
33-34	2800	Malf. congénitas prob. S. de Prunne.
31-32	1225	Inmadurez Generalizada
31-32	1225	Inmadurez Generalizada
32-33	1700	Shock hipovolémico e I. Generalizada
37-38	2800	Malf. congénitas Prob. S. de Belly
35-36	2525	S.I.R.I. Generalizado
34-35	2125	Obito anencéfalo.
40-41	2375	Obito macerado.

TIPO DE MALFORMACION CONGENITA 8 casos

No.	Patología
1	S. de Pottere.
2	S. de Prunne Belly
1	Gargolismo
1	Anencefalia
1	Sindactilia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Criptorquidea.

Se les solicitaron estudios de laboratorio a las pacientes habiéndose realizado sólo en 162 casos; consideramos en el presente trabajo analizar los estudios solicitados y que fueron anormales o patológicos. Se consideró que la paciente tenía anemia cuando la Hb se encontró por debajo de los 10 gramos. Hipoproteinemia cuando se encontraron los valores por debajo de los 5 gramos, el exámen general de orina con leucocitosis, bacterias, acetona mayor de $\blacklozenge\blacklozenge$. El ESG y urocultivo en caso de ser positivos.

No.

37	Anemia (Hb menor de 10 G.)
36	Hipoproteinemia (Proteínas totales por debajo de 5 gramos)
57	EGO Positivo (leuc. bacterias, acetona etc...)
10	Urocultivo Positivo (más de 100,000 col)
16	E.S.G. Positivo (candida, estreptococo etc.).
12	Glicemia alterada (hipo e Hiperglucemia)
2	Urea y colesterol elevados.

Se analizó el grupo sanguíneo siendo:

A POSITIVO	43
A NEGATIVA	1
O POSITIVO	107
O NEGATIVO	2
B POSITIVO	8
A-B POSITIVO	1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REGISTRO TOCOCARDIOGRAFICO

*Sólo se efectuó en 12 pacientes habiéndose detectado actividad en sólo 4 -
casos, siendo dadas de alta las 8 restantes pacientes a las 24 hrs. a su in-
greso.*

- - - -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMENTARIO

Es bien conocido y aceptado que el parto pretérmino es una patología multifactorial, pero la existencia de factores condicionantes o asociados como probables determinantes son variados y distintos, que algunos autores han determinado como inevitables; son estos los que trataremos de analizar y las causas conocidas y pretendidas de la amenaza de parto prematuro con el fin de saber la influencia que estos tienen sobre dicha entidad (18,21,25). El primero de ellos considerado: es la edad materna, ya que varios autores (1, 8, 11, 22, 24, 25), mencionan una interrelación con esta patología en la que es más frecuente en mujeres de menos de 19 años de edad o más de 35 años, considerando que en mujeres jóvenes obedece como probable causa a una maduración biológica inadecuada (13), así como una falla circulatoria uterina por una falta de desarrollo completo del órgano, lo cual queda solamente en hipótesis. Ambos casos se acompañan con una asociación frecuente con anemia, relativa resistencia a la distensibilidad uterina y mayor frecuencia de preeclampsia (13,15,22,24,25).

En nuestra revisión encontramos una incidencia mayor en mujeres en edad fértil (160 casos), siendo menor en los extremos de la vida, donde solamente se apreciaron 20 casos (menor de 19 y mayor de 35 años) que no apoyan las teorías antes mencionadas.

Se analizaron los antecedentes ginecoobstétricos apreciando que el mayor número de pacientes quedaron enmarcadas con gestaciones de 4 y para menores de 2, pero que tenían antecedentes de abortos y cesáreas en forma importante, antecedentes que en muchas ocasiones se acompañan de cierto grado de stress psicosocial en las pacientes que pueden motivar y desencar-

denar una amenaza de parto prematuro, ya que algunos autores como Lederman y colaboradores han sugerido que la ansiedad, al aumentar la secreción de adrenalina, puede aumentar la contractilidad uterina; sin embargo, hasta la actualidad no existe evidencia experimental de tal situación pero hay que tomarla en cuenta en estos casos (32).

En las pacientes se observó una mayor incidencia de pedecimientos asociados entre sus antecedentes como fueron nefropatías, cardiopatías, diabetes, fiebre reumática; así como antecedentes de cirugías previas, amenaza de aborto y partos prematuros y óbitos, considerados como factores de riesgo (25).

Estos factores enlistados como entidades aisladas en realidad pueden presentarse en formas asociadas o interdependientes, y los resultados de los mismos que pueden actuar en general ocasionando insuficiencia placentaria, así como las enfermedades infecciosas que por estimulación directa de la contractibilidad pueden desencadenar amenaza de parto prematuro (1, 6, 11, 18, 21, 25).

Se considera que el mecanismo es por alteración de la circulación útero-placentaria, bien, como un proceso de vasoconstricción generalizada o como un proceso degenerativo o por afección específica por algunos patógenos (6, 11, 27).

El resultado morfológico de esa insuficiencia placentaria ha sido observada como una placenta pequeña para la edad gestacional, con vellosidades alteradas, fibrosa con cambios sugestivos de envejecimiento prematuro y una relación feto-placentaria menor en peso aún en productos pequeños - como lo han demostrado Gray y colaboradores (11, 27).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se ha relacionado también con las infecciones de vías urinarias, principalmente ante la presencia de E. Coli, ya que produce toxinas con efecto estimulante directo sobre la contractilidad del miometrio, bien demostrado por diferentes autores como Kicaid-Smith, Bullen y aún en presencia de sólo bacteriuria (11).

El tabaquismo es un factor asociado que estuvo presente en ésta revisión en 25 pacientes. Se ha dicho que se desencadena una hipoxia que por sí misma puede ocasionar o desencadenar trabajo de parto pretérmino; este mecanismo de hipoxia también esta presente en las pacientes cardiópatas y en las que cursan con anemia (1, 22).

La asociación entre madres que trabajan y neonatos prematuros no se pudo observar en el presente trabajo ya que fué mayor el número de pacientes dedicadas a labores del hogar en un 74.7% a un 25.3% de las que laboran en alguna actividad; así mismo otros factores asociados con el nivel socioeconómico, concepción fuera del matrimonio, inadecuada nutrición que puede ocasionar bajo peso materno o bien poca ganancia de peso durante el embarazo; no fué posible demostrarlos de estar asociados al parto pretérmino en esta revisión. Pensamos que esto sea debido a una información -- inadecuada de la paciente por razones personales ya que es bien sabido que la población derechohabiente de nuestro país es de escasos recursos y que la nutrición existente es inadecuada, y que por las necesidades económicas las mujeres tienden a trabajar; lo que si fue evidente fué el predominio de analfabetas o con educación sólo elemental y en muchos casos incompleta que fué el 65.3% de las pacientes (1, 14, 20, 21, 22, 24, 25).

Se analizó la edad gestacional en que fué elaborado el diagnóstico de ame -

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

30

naza de parto pretérmino de acuerdo a la fecha de última menstruación que referían las pacientes, así como en los casos en que existió discordancia entre ésta y la clínica y las medidas diagnósticas que se efectuaron para corroborar la edad fetal corregida.

Encontramos que el promedio general en semanas de gestación en que se presentó esta complicación fué de 33-34 semanas promedio que se asemeja a la mayoría de los reportes sobre el tema que es de 32.6 semanas, -- pero de acuerdo a los diferentes grupos de esta revisión fué mayor entre las semanas 34-36 correspondiendo a un 48.5% siendo menor en el grupo comprendido entre las semanas 28 a 30 (12, 17, 29, 36, 37).

Se observó discordancia en 31 pacientes y en 6 casos en que se ignoraba fecha de última menstruación se solicitaron Rx y DBP, apreciándose que en 16 de ellos hubo error clínico siendo éste mayor en los casos en que se consideró clínicamente mayor a edad gestacional, que conlleva a permitir en muchas ocasiones la evolución espontánea de un parto pretérmino en -- forma iatrogénica si no se efectúan los estudios pertinentes y adecuados, aunque estos no fueron posibles correlacionarlos con el DBP ya que sólo se efectuaron 14 estudios.

Existen autores que excluyen estos casos en su definición de amenaza de parto prematuro ya que para ellos debe ser con una cronología de gestación razonablemente probada, es decir que no existan dudas respecto a la fecha de última regla, discordancias en exceso entre la altura uterina y edad gestacional, etc... (9).

De las patologías más frecuentes asociadas a su ingreso se apreció con mayor frecuencia las infecciones de vías urinarias y las cervicovaginitis así

como gastroenteritis, faringoamigdalitis, parasitosis, cuadros estos relacionados con factores con predominio de la estimulación directa de la contractilidad.

Se apreciaron factores con predominio del factor mecánico, como embarazo múltiple, polihidramnios, presentaciones anormales, incompetencia ístmico cervical, así como I.B.P y R.P.M., aunque éste último diagnóstico se descartó en piso con cristalografía. (1, 18, 19, 21, 23),

Se menciona que los cuadros que cursan con sobredistención uterina pueden relacionarse con hipersecreción de prostaglandinas que aumentan la contractilidad del miometrio y la instalación del parto, dependiendo del peso total del contenido intrauterino y el grado de distención que el útero tolera en una fase particular del embarazo; en cuanto al parto pretérmino en embarazos múltiples, se mencionan cifras que van del 34 al 70%. (18-21).

En el caso de la incompetencia ístmico cervical, aunque sólo un caso, mencionaremos en estos casos que el peso del contenido intrauterino actúa directamente para ocasionar borramiento y dilatación de un cérvix con patología intrínseca o adquirida, aunque también se ha mencionado que hay una formación inadecuada de la decidua verdadera que permite que las membranas se despeguen con facilidad y ocasionan el parto pretérmino (11).

Las presentaciones anormales pueden actuar en forma indirecta como factor mecánico, pues con frecuencia determinan ruptura prematura de membranas que tienen relación más directa con el desencadenamiento de esta patología; estas presentaciones anormales son favorecidas en muchas ocasiones por malformaciones congénitas o adquiridas del tracto genital (22-25).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto al polihidramnios, puede asociarse a malformaciones congénitas, estos tienen factor con predominio a daño fetal, se puede asociar a diabetes o bien puede ser la única alteración detectable que puede cursar en forma aguda o crónica y complicarse en forma espontánea o iatrogénica (amniocentesis descompresiva) con D. P. P. N. I que en múltiples ocasiones es causa de parto pretérmino. (1, 22, 23).

Hasta el momento ha sido imposible diseñar sistemas clínicos que permitan el diagnóstico adecuado y oportuno de la amenaza de parto prematuro por la subjetividad de los datos proporcionados por la paciente y el carácter interpretativo que el médico otorga a sus hallazgos, por lo que consideramos utilizar el esquema propuesto por Baumgarten (modificado), agrupando parámetros que hacen más objetivos los hallazgos clínicos y que nos permitieron de acuerdo a los datos tomados de las historias clínicas establecer un índice tocolítico y relacionar éste con el manejo establecido en cada caso.

Así pudimos apreciar que el mayor número de pacientes admitidas al Hospital se encontraron en los estadios 0 y I, siendo estos manejados en su mayoría con uteroinhibidores del tipo de la terbutalina y reposo; de allí que los resultados de éxito obtenido sean muy altos.

El fracaso con el uso de uteroinhibidores se apreciaron en 7 pacientes en las que se utilizó en forma combinada (betamimético e inhibidor de la próstata glandular); la semana promedio de gestación al momento del fracaso fué de 32-33, habiendo observado que en su mayoría se acompañaban de factores asociados a causas inevitables que obligaron la interrupción del embarazo. A pesar que la mayoría de las pacientes se manejaron solamente con reposo, fué evidente que se encontraban en los estadios II-III y necesitaron el uso de

uteroinhibidores en 8 casos, siendo únicamente 6 casos que se dejaron evolucionar espontáneamente al regularizar trabajo de parto por razones ya -- mencionadas.

Fué evidente que en este tipo de pacientes había un control prenatal inadecuado, ya que de las 189 pacientes que fueron egresadas solamente 62 acudieron a Consulta Externa, habiendo observado reingresos con la misma -- patología en aquellas que no asistieron, factor prenatal considerado como -- factor de riesgo en APP.

Apreciamos que al ingreso de la paciente se utilizaron diferentes esquemas de manejo lo que nos habla de una falta de uniformidad de criterio para el -- manejo de ésta patología, habiendo utilizado terbutalina intravenosa siempre a dosis muy bajas (1.25 mcg x min) y solamente en dos casos la dosis ideal de ataque (2.5 mcg x min) como lo mencionan algunos autores (33), así como debe usarse sólo con un máximo de 24 hrs; en este trabajo apreciamos que su uso fué inclusive mayor de 72 hrs y sin utilizar VO como sostén. Sólo en 4 casos se manejó desde su ingreso a dosis respuesta y por 24 hrs con excelente resultado. Se utilizó terbutalina por VO como tratamiento de sostén en 33 casos, y como manejo inicial o de ataque en 84 casos; en algunos -- casos se manejo menos de 12 a 24 hrs experimentando resultados negativos al no lograr el efecto deseado y teniendo que utilizarse la vía IV en los estadios I-II y por más de 72 hrs. lo cual hubiese sido innecesario si se empleara inicialmente la vía intravenosa.

En 48 casos se utilizaron dosis menores a los esquemas de tratamiento ya -- establecido por otros autores, en 20 casos a dosis mayores y en el resto de casos la dosis correcta (5 mg cada 4 a 6 hrs), lo que nos indica que no exis

te uniformidad de criterio terapéutico de la amenaza de parto prematuro (4, 7, 33, 35).

Los otros uteroinhibidores creemos fueron utilizados en forma adecuada, aunque no fué posible analizarlos por ser un número pequeño de casos.

La estancia hospitalaria fué mayor de 72 hrs en 45 pacientes con manejo de uteroinhibidor y 10 casos de los manejados sólo con reposo, siendo 42 pacientes las externadas en las primeras 24 hrs; de éstas, sólo a 12 se le efectuó registro tococardiográfico y en las que no se demostró actividad (8 casos) fueron dadas de alta en las primeras 24 hrs.

Esto nos indica que existe dificultad para el diagnóstico clínico y lo cual propicia en la mayoría de los casos la hospitalización adecuada de la paciente y el uso de sustancias con efectos colaterales indeseables para la madre y el feto; y por otro lado cuando el manejo es demasiado conservador, puede progresar el trabajo de parto hasta tal punto que es imposible su control médico y que al final limita las posibilidades de comparar los resultados.

Fué evidente que en estas pacientes no existió un control prenatal adecuado posterior a su egreso; sólo 62 pacientes acudieron a la Consulta Externa y únicamente en una o dos ocasiones. Se apreciaron reingresos de 26 pacientes de intervalo en 4 casos y 22 casos con intervalo mayor de 7 días, siendo en su mayoría pacientes que fueron manejadas con terbutalina (23 casos) y sólo 3 con reposo; de estos, 13 con menos de 36 semanas y el grupo restante mayor a esa fecha.

El problema de definición de éxito en el tratamiento de la amenaza de parto pretérmino es muy complejo y los criterios reportados por otros autores -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

están sujetos a crítica, ya que sus criterios no cubren todos los problemas; es así que en nuestro estudio no fué posible aplicarlos todos ya que en principio no regresaron todas las pacientes al parto, quedandonos sólo la primera premisa de la cual en sólo 4 casos no hubo éxito.

De las 118 pacientes atendidas en este Hospital se apreció que de 46 de ellas tenían edad gestacional menor a 37 semanas, que se relaciona con 31 productos con peso menor a 2499 gr. lo que nos indica un 26.27% de los casos de prematuridad por peso siendo en su mayoría resueltos por parto eutócico; el número de partos distócicos fué menor y sus causas e indicaciones ya fueron mencionadas; el índice de cesáreas fué alto siendo en 5 casos efectuada por causas inevitables e impostergables. (18, 21).

Sólo en 5 ocasiones se aplicó fórceps profiláctico aún sabiendo que se encuentra plenamente indicado en productos prematuros, lo cual junto con la episiotomía, de protección para la cabeza fetal con lo que se ha logrado observar aumento de la supervivencia neonatal (8).

En su mayoría los productos tuvieron un peso mayor de 2500 gr (90 casos), no apreciándose diferencia importante con relación al sexo como en caso de los productos prematuros en que predominó el sexo femenino (pag. 16), en general (121 casos) predominó el masculino ligeramente 81.07% (2).

Diversos estudios hacen referencia que la mortalidad perinatal es alta siendo en esta revisión el 11% del total de nacidos vivos y el 41.9% entre los nacidos de bajo peso. La mortalidad perinatal estuvo de acuerdo a la edad gestacional del prematuro, es decir, a menor edad gestacional mayor número de casos -- con complicaciones y mortalidad neonatal elevada (1, 11).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La morbilidad materna se observó en 31 casos siendo la amnioititis y la endometritis las causas más frecuentes, la morbilidad fetal estuvo presente en 46 casos siendo el SIRI transitorio el más frecuente y este siempre en productos con peso inferior a 2500 gr.

La frecuencia de anomalías congénitas en los casos revisados tuvo un mayor índice en los casos de productos prematuros, siendo los síndromes de Pottere, Prunne Belly, anencefalia y otros los más frecuentes no habiendo variación importante en relación a otros estudios realizados (1,6,11,18). De los exámenes efectuados a las pacientes, se apreció predominio de anemia (37 casos) que por su mecanismo de hipoxia puede desencadenar contrac-tilidad anormal; se apreciaron también infecciones de vías urinarias que se corroboraron con alteraciones en EGO y urocultivos, así como hipoproteinemia íntimamente relacionado con el estado nutricional de las pacientes. Así mismo estudios de secreción vaginal alterados y algunos casos de hipoglucemia e hiperglucemia que pudieron haber sido efecto secundario al uso de terbutalina; todos los mencionados se encuentran en relación como factores de alto riesgo en la amenaza de parto prematuro. El grupo sanguíneo que predominó fue similar a la población general, siendo 107 (O+), 43 (A+) y -- otros en menos frecuencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

1. *Es un hecho innegable, después de haber efectuado esta revisión que existen una gran cantidad de variables que al parecer se encuentran en relación directa con el desencadenamiento de una amenaza de parto prematuro y que puede considerarse de tipo multifactorial; sin embargo el mejor conocimiento de estos factores causales y con la corrección de ellos, se podrá tener una mejor perspectiva para el futuro de estos niños, ya que la disminución de su incidencia, la baja mortalidad neonatal y la reducción de las secuelas está en relación directa con su prevención.*

2. *Debe efectuarse un control prenatal "completo" en toda paciente embarazada y hacer énfasis en éste control en aquellas pacientes con riesgo elevado de prematuridad con el fin de detectar y conocer mejor las causas asociadas para así poder evitarlas o prevenirlas, y de esta forma contrarrestar la acción nociva del parto prematuro sobre la gran labilidad de estos productos.*

3. *Deberá en un futuro considerarse el uso "profiláctico" o preventivo con uteroinhibidores en la forma adecuada, ya que como observamos en éste trabajo se utilizó a dosis bajas en casos de estadios iniciales y sin actividad, siendo la evolución satisfactoria.*

4. *Es necesario un mejor criterio para diagnosticar amenaza de -- parto prematuro para optimizar los recursos terapéuticos y prolongar el embarazo en forma ideal hasta el término o cerca del -- mismo.*

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

5. *Es imperativo el proporcionar una mejor educación sexual, el -- llevar un control prenatal adecuado y mejores condiciones socio económicas, lo que traería consigo una disminución de factores asociados a prematuridad, que junto a un manejo adecuado, reditu-- tuarán óptimos resultados en la supervivencia de estos produc-- tos.*
6. *Ya que hasta el momento no ha sido posible diseñar sistemas -- clínicos que permitan el diagnóstico adecuado de amenaza de parto prematuro por la subjetividad de los datos proporcionados por la paciente y la falta de uniformidad del médico a los hallazgos se hace necesario el uso de métodos biofísicos del registro de la contractilidad uterina que tendría un criterio más objeti-- vo y cualitativo para integrar el diagnóstico.*
7. *Continúa siendo muy alta la morbimortalidad asociada a la pre -- maturidad lo que nos debe motivar a continuar los estudios sobre la entidad y el crear a la vez unidades de cuidados intensivos neo-- natal donde puedan aplicarse mejor los procedimientos técnicos y terapéuticos que traería consigo una mayor seguridad en cuanto a sobrevivencia y estado de salud del infante prematuro, principalmente en las primeras 48 hrs que son las más críticas de esta nueva --*

etapa en la VIDA DEL PRODUCTO.

39

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFIA

1. Abramowicz, M., Kass, E.H.: *The pathogenesis of prematurity*. *New - Eng. J. Med.* 275: 878, 938, 1001, 1053, 1966.
2. Avery, M.E.: *Neonatologia*. Ed. Interamericana. México, 157, 1974.
3. Baird, D.: *Enviromental and obstetrical factors in prematurity with special referente to experience in aberdon*. *Bulwho.* 26:291, 1962.
4. Baumgarten, K.: *Resultados de la uteroinhibición en la amenaza de parto pretérmino*. En *perinatología Clínica*. Esteban-Altirriba, J. y Durán Sánchez, P.: Ed. Salvat. 87-90, 1977.
5. Backman, at. et al.: *Some factors influencing the rat of prematurity*. *Acta Obst. et Gynec. Scandinav.* 42:211, 1963.
6. Barresi, J.A.: *Listeria monocytogenes; A Causa of premature labor and neouatal sepsis*. *Am.J. Obstet. Gynecol.* 136, 3:410, 1980.
7. Bieniarz, J., Burd, L., Motew, M., Scommegna, A., Lin, S., Wingman, C., Seals, Ch.: *Inhibition of uterine contractily in labor*. *Am - J. Obstet. Gynecol.* 11:874, 1971.
8. Bobitt, J.R., Ledger, W.: *Unrecognized amnionitis an prematurity: a preliminar report*. *J. Reprod. Med.* 19:8, 1977.
9. Calaf, J.: *Indicaciones y contraindicaciones de los betamimeticos en la amenaza de parto prematuro*. En *Perinatología Clínica por Esteban Altirriba, J., y Durán Sánchez, P.* Ed. Salvat. 33-37, 1977.
10. Castelazo, A.L., Rodríguez, A. Juna, Díaz del Castillo, E., Urrusti, S.J.: *Factores de riesgo perinatal, investigación clínica y epidemiología*. Ed. I.M.S.S.S., México. 131, 1977.
11. Cavanagh, D., Talisman, M.R.: *Prematurity and the obstetrician*. *Me ridilh. Corporation.* 1969.
12. Daikoku, H.N., Boruhill, S., Michael, : *Diagnóstico de prematurez y de parto prematuro*. *Clíni. Obstet. Gynec.* Ed. Interamericana, México, 1:71, 1980.
13. Donelly, J.F. et al.: *Maternal fetal and environmental factors in premarity*. *Am.J. Obstet. and Gynec.* 88:918, 1964.
14. Eastman, Nicholson, J., Hellman, L.: *Pritchard, J.A.: Obstetricia de Williams*. Ed. Salvat, 1978.
15. Fedrick, J.: *Factors associated with spontaneos preterm birthl*. *British Journal of Obstet. and Gynec.* 83: 342-350, 1976.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

41

16. Fedrick, J.: *Antenatal identification of women at high risk - of spontaneous pre-term birth. British Journal of Obstet and Gynec.* 83:351-354, 1976.
17. Guevara, R.G., Castillo, S.M., Smith, H., Karchmer, K.S.: *Acción cardiovascular de la orciprenalina en la mujer gestante y el feto. Gynec. Obstet. Méx.* 31*389, 1972.
18. Hellman, L.M., Pritchard, J.A., Wyna, R.M.: *Obstetricia de Williams, Ed. Salvat. Sexta reimpresion 1978. México.* 459-463.
19. Hobel, J.C.: *Recognition of the high risk pregnant women. Spellacy, W. M., Univ. Park Press, Baltimore, 1975.*
20. IMSS.: *Factores de riesgo perinatal. Investigación Clínica y Epidemiológica, 1977.*
21. Jansson, I.: *Aetiological factors in prematurity. Acta Obstet. Gynec. -- Scandinav.* 45:279, 1966.
22. Johnson, J.W.C., Dubin, N.H.: *Prevención del parto prematuro. Clin. Obstet. Gynec.* 1:49, 1980.
23. Johnson, J.W.C., Lee, P. A., Zachary, A.S. et al.: *High risk prematurity progestin treatment and ateroides studies. Obstet. Gynecol.* 54:412, 1979.
24. Kaltreider, D.F., Johnson, J.W.C.: *Patients at High risk for low birth weight delivery. Am.J. Obstet. Gynecol.* 124:251, 1976.
25. Kaltreider, D.F., Kohl, S.: *Epidemiología del parto antes del término. Clín. Obstet Gynec.* 1:17, 1980. Ed. Interamericana, 1980.
26. Kopelman, A.E.: *The smallest preterm infants. Am. J. Dis. Child.* 132:461, 1978.
27. Lehtovirta, P., Forss, M.: *The acute effect of smoking on intervillous blood flow of the placenta. Br. J. Obstet. Gynaecol.* 85: 729, 1978.
28. Lowenberg, F.E.: *Hipotrofia Fetal. Gynec. Obstet. Méx.* 44 (263): 243 1978.
29. Lowenberg, F.E., Vargas, G.C., Alued, A.R., Tommasi, E.: *Pre - vención del parto prematuro con drogas utcroinhibidoras. AMEPAC (IV) I:1976.*
30. Melchor, J., Bernard, : *Posibilidades actuales de prevención y de tratamiento de la amenaza de parto prematuro. Perinatología Clínica. Ed. Salvat. México, 1:73, 1977.*

47

31. Nesbitt, E.L., Robert, D.: *Perinatal loss in moderns obstetrics*. Ed. F.A. Davis, Compañy Phyladelphia. 1975.
32. Newton, R.W., Webster, P.A., Binu, P.S. et al.: *Psychosocial stress in pregnancy and ets relation to the onset of premature labour*. *Br. Med. J.* 2:411, 1979.
33. Noriega Guerra L., Alvarez de la Cadena, O.: *Profilaxis y manejo del parto prematuro. Actualidades en Ginecologia y Obstetricia. VII Congr. Mex. de Ginecologia y Obstetricia.* 3: 385, 1978.
34. Papiernik, E., Kaminski, M.: *Multifactorial study of risk of prematurity at 32 weeks of gestation., A study of frecuece of 30 predictive characteristics.* *J. Perinat. Med.* 2:30, 1974.
35. Pommier, G.M., Martínez, M.R., Jurado, A.A., Lowemberg, F.E.: *proposición de un método para evaluar el pronóstico de la amenaza de parto pretermino y las posibilidades de éxito en su tratamiento. Índice Tocolítico. AMEPAC (VII) 69, 1978.*
36. Vargas, G.C., Lowemberg, F.E.: *Consideraciones, prevención y manejo del parto prematuro.* *Ginec. Obstet. Méx.* 225:1, 1975.
37. Vargas, G.C., Lowemberg, F.E., Macedo, J., Shager, J.: *Efecto de la torbutalina sobre el medio interno materno-fetal.* *AMEPAC (III) 39, 1975.*
38. Vohr, B.R., Ch, W., Rosenfield, A.G., Cowett, R.M., Berstein, J.: *The preterm smoll for gestational age infante: a two year follow up -- study.* *A m. J. Obstet. Gynecol.* 133:425, 1979.
39. Weidinger, H.: *El problema de la definición de éxito en tocolisis. Perinatología Clínica.* Ed. Salvat, México. 1:91, 1977.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN