

**DETERMINACION DE LOS FACTORES DE RIESGO
RELACIONADOS AL PARTO PREMATURO**

Estudio realizado en pacientes del Departamento de
Ginecoobstetricia del Hospital General
San Juan de Dios
Guatemala, 1996

RONALD CASTELLANOS DE LA CRUZ

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

CONTENIDO	PAG
I INTRODUCCION	
II DEFINICION DEL PROBLEMA	
III JUSTIFICACION	
IV OBJETIVOS	
V REVISION BIBLIOGRAFICA	
VI METODOLOGIA	1
VII PRESENTACION RESULTADOS	1
VIII ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	3
IX CONCLUSIONES	3
X RECOMENDACIONES	3
XI RESUMEN	3
XII BIBLIGRAFIA	3
XII ANEXOS	3

INTRODUCCION

El parto prematuro es un problema muy importante y discutido lo que se refiere al periodo perinatal, ya que incrementa de manera considerable la morbi-mortalidad que se presenta en el mismo, así como las secuelas que presentan los pacientes con este nacimiento.

Respondiendo a la situación socio-económica y cultural de nuestro país, la cual magnifica este problema, se realizó este trabajo de tesis para conocer los factores de riesgo para parto prematuro.

Se entrevistaron y revisaron expedientes de 1,406 pacientes y se consultaron al Hospital General San Juan de Dios durante marzo y abril de 1996, en las cuales se encontró que el 4.48% presentó parto prematuro, un porcentaje bajo comparado con la literatura, y similar a 3 trabajos anteriores locales sobre el mismo tema.

También se encontró que los factores de riesgo más frecuentes fueron edad materna <20 años, así como el grupo etéreo más afectado, cirugía abdominal anterior, etc.. Al comparar estos factores de riesgo con los reportados con la literatura, pudimos encontrar cierta similitud en cuanto a orden de aparición, lo que nos indica que nuestra sociedad es diferente y que los factores de riesgo pueden ser identificados para poder prevenir este problema.

Por lo que dejamos la inquietud a las autoridades respectivas para profundizar en el tema para iniciar una forma de detección a estas pacientes, y así llevarles un control adecuado para prevenir que aparezca el parto prematuro.

DEFINICION DEL PROBLEMA

El parto prematuro es una anomalía de la duración del embarazo cuando se produce fuera del límite considerado fisiológico para la duración de la gestación, cuya estimación se hace a partir del primer día del último período menstrual.(18) Se denomina prematuro o recién nacido pretérmino a todos aquellos nacidos vivos con un tiempo de gestación comprendido entre la 28 y 36 semanas, dentro de los factores más frecuentes que se asocian al mismo se pueden mencionar: desnutrición materno fetal, embarazo múltiple, ruptura prematura de membranas, infección ovular fetal, iatrogénica, toxemia del embarazo y de causa desconocida.(15) Existen también en nuestro medio factores predisponentes, (ambientales, socio-económicos, educacionales, etc.) que desempeñan un papel importante en la prevalencia del problema, debido a que un gran porcentaje de la población guatemalteca carece de las condiciones socio-económicas indispensables para llevar una calidad de vida aceptable. Estos determinantes conducen al nacimiento de un recién nacido prematuro, quien por su misma condición es susceptible de complicarse con trastornos metabólicos, respiratorios, hemorrágicos neurológicos, infecciosos, responsables directos de la elevada morbi-mortalidad que prevalece en estos pacientes.

Uno de los problemas que afronta la perinatología hoy en día, lo constituye los elevados índices de morbi-mortalidad perinatal como consecuencia de un alto número de nacimientos prematuros, los cuales van desde el 5% hasta valores tan altos como el 16%, del total de nacidos vivos, como es el caso del Hospital General San Juan de Dios en 1995 (reporte anual jefatura Gineco-obstetricia); además este porcentaje de prematuros se asocia con un 74% de todas las muertes (excepto aquellas debidas a malformaciones congénitas) en el período perinatal. (3,10)

En este trabajo de investigación se pretende demostrar cuales son los principales factores de riesgo relacionados con el parto prematuro, para poder modificarlos mediante un adecuado control prenatal, ya que la incidencia de partos prematuros en países en vías de desarrollo es elevada.

JUSTIFICACIÓN

El período perinatal presenta la mayor incidencia de morbi-mortalidad, si se compara con cualquier otro período de la vida que por sí solo constituye un serio problema de salud pública en Guatemala. La prematurez viene a magnificar significativamente el problema, ya que se ha demostrado su papel como causa importante de morbi-mortalidad perinatal y de las subsecuentes alteraciones físicas y psíquicas que a corto y largo plazo interfieren con el desarrollo integral del país.(1,2,15,17)

En este sentido, resultan urgentes e imprescindibles las investigaciones sobre las condiciones de la mujer, su historia obstétrica y los riesgos que éstas condiciones determinan. Al mismo tiempo, es necesario, poder diseñar, poner en práctica y evaluar científicamente maniobras y programas dirigidos a mejorar la salud perinatal.

La mayor parte de la morbi-mortalidad neonatal producida por prematurez corresponde con pacientes catalogadas en la categoría "susceptibles de prevención" según criterios de países desarrollados. La posibilidad de proponer soluciones efectivas, depende de que estos problemas se conozcan y comprendan adecuadamente.(4,8)

OBJETIVOS

A. General:

Determinar los factores de riesgo materno presentes en pacientes que hayan presentado parto pretérmino, en el área de gineco-obstetricia en el Hospital General San Juan de Dios, durante los meses de Marzo a Abril de 1996.

B. Específicos:

- Establecer el porcentaje de pacientes que presenten parto pretérmino en el período de estudio.
- Identificar la edad gestacional más frecuente de las pacientes con parto pretérmino.
- Determinar la frecuencia de cada uno de los factores de riesgo relacionado al parto pretérmino.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

GENERALIDADES

En términos de morbilidad y mortalidad neonatal, el nacimiento pretérmino constituye un problema muy frecuente y, por ende, la importancia de éste para la obstetricia moderna, a pesar de una leve disminución en su incidencia observada en los últimos años (7.6% a 6.8%).(2). Está bien documentado el elevado índice de alteraciones físicas y psíquicas en niños prematuros en relación a aquellos nacidos a término; un tratamiento especializado a menudo reduce pero no elimina en su totalidad estas secuelas, por lo que la prevención del parto pretérmino debe de ocupar un papel prioritario en cualquier conducta a seguir encaminada a la erradicación de dicho problema.(3,14)

DEFINICIONES

Aborto Interrupción del embarazo antes de la 20a semana

Parto Inmaduro Es el que sobreviene entre la 20 y 27 semana semanas de gestación.

Parto extremadamente pretérmino Es el que se presenta entre la 28 y 30 semanas de vida intrauterina.

Parto Pretérmino Es aquel que se lleva a cabo antes de las 37 semanas de gestación.

Riesgo Características o circunstancias detectables en una persona o grupo de personas que se sabe están asociadas con un aumento de las posibilidades de poder hacer, desarrollar o estar expuesto a sufrir un proceso mórbido. (2,3,7,13,14,17)

TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO

La morbilidad y mortalidad materna como consecuencia del trabajo de parto pretérmino es rara. Los efectos maternos más frecuentes son los sentimientos de no ser capaces de culminar su función reproductora. Estos sentimientos son más frecuentes en mujeres que han padecido numerosas pérdidas de embarazos. Un segundo problema materno relativamente frecuente es el desarrollo de endometritis postparto; sin embargo la mayoría de las pacientes que la desarrollan responden rápidamente a la administración de antibióticos. (15,18)

En contraste con el buen pronóstico de la madre después de un trabajo de parto pretérmino, el efecto de ésta situación sobre el feto es devastador; la morbilidad neonatal es frecuente y grave y la mortalidad neonatal es elevada. (2,3)

Las continuas mejorías en la asistencia neonatal hacen difícil precisar la contribución del trabajo de parto pretérmino a la mortalidad y morbilidad perinatal. En un estudio que se llevó a

cabo en Sudáfrica, el trabajo de parto pretérmino fué el responsable de casi la mitad de los partos pretérmino y del 52% de todas las muertes neonatales precoces.(7)

La supervivencia neonatal en los niños pretérmino está directamente relacionada con su edad gestacional y el peso al nacer. A pesar de todos los avances registrados en neonatología, el sistema más eficaz para hacer descender la morbilidad y la mortalidad perinatal es mantener al feto dentro del útero materno hasta que alcance al menos un peso de 1,500g o bien 32 semanas de edad gestacional. (2)

A. Etiología

A.1 Corioamnioítis

La experiencia acumulada durante los pasados años nos indica que la corioamnioítis es la causa del 20-30% de todos los casos de trabajo de parto pretérmino.

El mecanismo responsable de la iniciación del trabajo de parto en pacientes con un útero infectado aún no ha sido totalmente clarificado. La infección intraamniótica que origina el trabajo de parto pretérmino se puede presentar sin fiebre, leucocitosis, dolorimiento uterino, taquicardia fetal o cualquiera de los signos clásicos descritos para la infección severa del útero gestante. El trabajo de parto pretérmino, por lo general resistente al tratamiento convencional con agentes betamiméticos, y la dilatación cervical avanzada pueden ser los únicos signos que indiquen la presencia de un proceso infeccioso.

Por razones no muy bien comprendidas, la barrera entre la cavidad uterina y la vagina se rompe, permitiendo la entrada del germen en el útero. Dicho germen se replica lentamente en la placenta y eventualmente llega a una concentración suficiente como para colonizar las membranas amnióticas e infectar el líquido amniótico, el cordón umbilical y otros tejido fetales. Las pacientes con trabajo de parto pretérmino con taquicardia fetal, dolor uterino y una ligera elevación de la temperatura han alcanzado la fase final en la evolución de la infección uterina. En éstos casos, el trabajo de parto prematuro es un mecanismo de defensa fetal y materno que no debe interrumpirse. Las oportunidades para modificar la evolución del trabajo de parto pretérmino de origen infeccioso se tienen probablemente en los períodos iniciales del proceso infeccioso, cuando la bacteria aún está localizada en la placenta y todavía no ha invadido las membranas amnióticas.(4,8)

A.2 Infecciones Extrauterinas

Las infecciones maternas fuera del útero son una causa relativamente frecuente de trabajo de parto pretérmino. Aproximadamente el 5-10% de las pacientes con trabajo de parto pretérmino presentan una infección extrauterina, por lo general en el tracto urinario. Romero y Mazor (18) han presentado resultados que sugieren que las infecciones extrauterinas pueden originar un

trabajo de parto anticipado mediante un mecanismo que implica la producción de interleucinas y factor de necrosis tumoral por los macrófagos maternos, los cuales desencadenan a su vez la producción de prostaglandinas por el amnios. La patología más asociada a trabajo de parto prematuro es la infección del tracto urinario.(8,11)

A.3 Anomalías Placentarias

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

Las anomalías morfológicas, como la placenta marginata, la placenta circunvalata y la inserción marginal del cordón umbilical, se asocian frecuentemente con trabajo de parto pretérmino. Estos problemas no son muy frecuentes, por ejemplo, la incidencia aproximada de placenta marginata es de 1 de cada 1,000 partos. El mecanismo por el cual se desencadena el trabajo de parto anticipado cuando hay anomalías morfológicas de la placenta es desconocido.

El trabajo de parto pretérmino es frecuente en pacientes con placenta previa. Es tentador especular acerca de que las hemorragias resultantes de las contracciones uterinas originan un cierto grado de separación de la placenta. En la mayoría de las pacientes con placenta previa, las contracciones desaparecen con reposo en cama o mediante un tratamiento con agentes tocolíticos. En algunos casos, las contracciones y la hemorragia persisten, lo que obliga al parto.

El trabajo de parto pretérmino que se origina por alteraciones morfológicas o funcionales de la placenta tiene un buen pronóstico fetal.(1,8,11)

A.4 Anomalías anatómicas del útero

Las malformaciones congénitas del útero y del cuello suponen 1-3% de todos los casos de trabajo de parto pretérmino. La más importante de éstas condiciones es el útero tabicado. En éstas pacientes la incidencia de aborto espontáneo es de 27%, y la incidencia de parto pretérmino, si el embarazo continúa después de 20 semanas, varía entre 16 y 20%. Leiomiomatosis es una malformación anatómica adquirida que está asociada con parto pretérmino. Es importante que éstas condiciones sean diagnosticadas, porque una vez identificadas, es posible adoptar medidas correctivas para evitar las pérdidas por parto pretérmino.

El mecanismo de parto pretérmino en pacientes con malformaciones anatómicas del útero es desconocido.

Malformaciones congénitas del útero, cérvix, y vagina son el resultado de un fallo en la fusión, canalización o absorción de los ductos de Muller durante el desarrollo embrionario. Mujeres nacidas de madres que ingirieron dietilestilbestrol (DES) durante el embarazo tienen una alta incidencia de malformaciones congénitas del útero demostrado por histerosalpingografía. Un gran número de (DES) pacientes también tienen cérvix incompetente. La posibilidad

de que la malformación congénita del útero esté presente debería de considerarse en todas las pacientes con historia recurrente de abortos espontáneos, parto pretérmino y pacientes con malpresentaciones en el momento del parto.

(4,8,11)

A.5 Patología fetal

La posibilidad que la madre lleve un feto con malformaciones congénitas siempre se debería de considerar cuando se presenta una paciente con parto pretérmino. Defectos del tubo neural y errores del metabolismo como hiperalaninemia, son algunos de los defectos que se han encontrado asociados a parto pretérmino.

Anencefalia es un defecto congénito tradicionalmente asociado con gestaciones prolongadas. De todas formas, existe un rango grande de edades gestacionales en las cuales se puede producir el nacimiento de un niño pretérmino. El síndrome de Potter es otra condición en la cual la mayoría de infantes son productos de un parto pretérmino. (1,11)

A.5 Sobredistención uterina

El estiramiento del músculo uterino por embarazo gemelar, o por una cantidad aumentada de líquido amniótico, es otra causa relativamente común de parto pretérmino. La amniocentesis en éstos pacientes demuestra una elevada presión intrauterina. (1,8,11)

B. Diagnóstico

El diagnóstico del trabajo de parto pretérmino tiene tres componentes: 1) la identificación de pacientes con riesgo de trabajo de parto pretérmino, 2) la detección de signos precoces que indiquen trabajo de parto pretérmino y 3) el diagnóstico del trabajo de parto pretérmino ya establecido. (3,7,15,18)

B.1 Identificación de la paciente con riesgo de trabajo de parto pretérmino

El mejor predictor del trabajo de parto pretérmino es un mal desarrollo reproductivo anterior. Ello dificulta la identificación de las nulíparas con riesgo. Esta situación resulta decepcionante, ya que más del 40% del total de pacientes que inician un trabajo de parto pretérmino son nulíparas y el efecto de las medidas preventivas no será óptimo si no se les detecta a todas.

Papiernik organizó muchos factores asociados con el trabajo de parto pretérmino en una escala de alto riesgo. (Ver Tabla No.1)(14) Este sistema de puntuación fue ligeramente modificado por Gonik y Creasy. (4)

A una paciente con puntuación de 10 o más en el sistema de Papiernik, se le clasifica como de alto riesgo de trabajo de parto pretérmino.

Tabla No.1

Sistema de puntuación para identificar a las pacientes de alto riesgo de trabajo de parto pretérmino.

Puntos	Factores Socio-económicos	Historia Médica Previa	Hábitos Cotidianos	Embarazo actual
1	Dos niños en casa, nivel socio-económico bajo	1 aborto Menos de un año desde el último parto	Trabajo fuera de casa	Fatiga inusual
2	Edad materna <20 o >40 años Madre soltera	2 abortos	Fuma más de 10 cigarrillos	Ganancia < de 5 kgs.
3	Nivel socio-económico muy bajo altura < 150 cms., peso menor de 45 kgs	3 abortos	Trabajo duro o estresante desplazamiento al trabajo prolongado	Enfermedad febril
4	Edad materna < de 18 años	Pielonefritis		Hemorragia > de 12 semanas
5		Malformación uterina, aborto en el segundo trimestre, exposición a DES., Biopsia por conización		Placenta previa, polihidramnios
10		Parto pretérmino repetición de aborto en el segundo o tercer trimestre		Gemelos cirugía abdominal

Adaptado de Papiernik E. (14) y Creasy R.K. (4).

B.2 Síntomas precoces indicadores de trabajo de parto pretérmino

La mayoría de las pacientes que inician un trabajo de parto pretérmino presentan alguno de los síntomas indicadores que aparecen en el recuadro varios días antes, o incluso semanas, de iniciarse las contracciones regulares. Estos síntomas indicadores son sutiles y muchas veces la paciente ignora su importancia. Todas las mujeres embarazadas sobre todo las identificadas por el sistema de puntuación de Papiernik, deben de ser instruidas para reconocer estos síntomas y avisar a sus obstetras cuando se presenten. Las mujeres son capaces de reconocer con seguridad un 75% de los síntomas indicadores de trabajo de parto pretérmino. Sin embargo estos síntomas son inespecíficos y muchas veces se consideran erróneamente como un queja sin importancia o se atribuyen a dolores pasajeros que la paciente no le da la importancia debida.

Tabla No.2

Síntomas que indican trabajo de parto pretérmino

Dolores de tipo menstruación
Dolores de espalda en la región lumbar
Presión
Dolor abdominal
Aumento o cambio del flujo vaginal
Perdida de líquido a través de la vagina
Contracciones uterinas con separación de 10 mins. o menos

(3)

B.3 Exploración cervical

Si se presenta cualquiera de los signos precoces indicadores o una combinación de los mismos, el obstetra debe proceder a una exploración pélvica. Esta exploración ayudará a determinar si lo que refiere la paciente es indicativo de un trabajo de parto pretérmino o corresponde a un problema menos importante. Existen muchos estudios que indican que las pacientes destinadas a desarrollar un trabajo de parto pretérmino pueden ser identificadas por medio de una exploración y un estudio pélvico varias semanas antes de que se manifiesten los síntomas más importantes.

Durante el exámen pélvico, el obstetra debe determinar la posición, longitud y consistencia del cuello y el desarrollo del segmento inferior del útero. La importancia de los cambios cervicales como predictor del trabajo de parto y parto pretérmino es tal que se ha propuesto realizar la exploración cervical a todas las mujeres embarazadas en cada visita prenatal durante la última fase del segundo trimestre y todo el tercero. Esta pauta forma parte de la rutina en la atención previa al parto en muchos países europeos, pero no en Estados Unidos. Hay estudios que indican que las exploraciones cervicales de rutina identifican a algunas pacientes

antes de que aparezcan los signos del trabajo de parto pretérmino. La ecografía permite obtener una definición mas precisa de los cambios cervicales antes de que se inicie el trabajo de parto.

C. Tratamiento

Antes de llevar a cabo cualquier maniobra para detener el parto, debe plantearse una pregunta que seguramente será de gran beneficio para el feto: ¿La permanencia prolongada en el útero será beneficiosa o perjudicial para éste?. Numerosas muertes en el período neonatal son causa directa de prematuridad, las cuales sin lugar a dudas se reducirían al detener el parto. Sin embargo, no todos los fetos resultan beneficiados por una prolongación de su estancia en el útero, lo que comprueba con el aumento de la tasa anual de nacidos muertos en Estados Unidos, en relación a la tasa de muertes neonatales. Algunos de estos recién nacidos muertos, hubieran podido sobrevivir, tan sólo si hubiesen nacido antes. Por esta razón, se han estudiado y propuesto contraindicaciones absolutas y relativas en la supresión del trabajo de parto. Así tenemos:

a. Absolutas;

- Rotura prematura de membranas ovulares, con sospecha o evidencia de infección
- Abruptio Placentae
- Placenta previa con hemorragia severa
- Malformaciones congénitas graves, incompatibles con la vida
- Diabetes no estabilizada y de difícil manejo
- Diabétes con vasculopatía grave
- Nefropatía crónica en evolución
- Muerte fetal

b. Relativas: (Dependiendo de la edad gestacional, dilatación y borramiento cervical)

- Polihidramnios
- Eritroblastosis fetal
- Hipertensión Arterial Crónica
- Toxemia gravídica moderada o grave
- Retardo del crecimiento y sufrimiento fetal crónico
- Trabajo de parto con más de 4 cms. de dilatación
- Anomalías uterinas (3,7,15,18)

Terapéutica

Una vez establecido el diagnóstico de parto prematuro, se deberá comenzar inmediatamente con el tratamiento encaminado a inhibir las contracciones uterinas (uteroinhibidores), y acelerar la madurez pulmonar fetal; sin embargo, previo a esto, se deben realizar controles clínicos materno-fetales en condiciones basales; diagnosticar y tratar la patología asociada, ya que ésta podría ser la causa de parto prematuro y de esta forma se estará realizando un tratamiento etiológico. Entre los principales agente uteroinhbidores, tenemos:

a. Etanol

- b. Sulfato de Magnesio
- c. Inhibidores de las prostaglandinas
- d. Estimulantes de los receptores B-adrenergicos (Isoxuprina, Eteleftrina, Orciprenalina, Salbutamol, Terbutalina, Fenoterol y Ritodrina)
- e. Diazóxido, sin embargo los efectos secundarios superan los posibles efectos favorables sobre el parto.
- f. Agentes pregestacionales (17 alfa dihidroxiprogesterona)
- g. Bloqueadores de los canales de calcio (nefedipina)

Entre los agentes inductores de la maduración pulmonar se encuentran; los corticoesteroides (Betametasona) de los cuales se ha demostrado aceleran la biosíntesis del surfactante pulmonar fetal. Entre las contraindicaciones para su uso se encuentran: evidencia de madurez pulmonar, por análisis de líquido amniótico, antes de la semana 26 de amenorrea conocida (relativa), después de la semana 34 de amenorrea conocida (relativa), infecciones maternas graves. El orden, número y tipo de combinación de éstos dependerá de la institución o región en que se esté manejando el problema.

D. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino

Un gran número de factores de riesgo han sido asociados con trabajo de parto pretérmino. Factores reproducibles incluyen riesgos demográficos, riesgos de comportamiento, control prenatal y complicaciones prenatales.

Demográficos

- Edad
- Raza
- Estado socioeconómico
- Estado civil

Hábitos

- Fumar
- Abuso de sustancias
- Mala nutrición
- Actividad psíquica excesiva

Control Prenatal

- Control prenatal ausente o inadecuado

Antecedentes médicos de riesgo

- Historia obstétrica
- Malformaciones cervicales, miomas, exposición a DES. (Diethylstilbestrol)
- Algunas condiciones médicas

Complicaciones durante el embarazo

- Embarazo múltiple
- Anormalidades en el volumen del líquido amniótico
- Hemorragia vaginal
- Anomalías fetales
- Infección severa
- Cirugía abdominal (1, 4, 8, 9, 14)

Riesgos Demográficos

Una variedad de características socioeconómicas relatan la incidencia de Bajo Peso al Nacer (BPN) y, así como también es muy frecuente y muy bien documentado, parto prematuro. Factores de riesgo reproducibles incluyen una edad materna de menos de 19 años o 40 años o más, madre soltera, educación limitada, y raza que no sea la blanca.

Investigadores han tratado de atribuir las diferencias de los rangos de BPN entre los blancos y los negros a la edad materna, nivel de educación, y su producto. Madres adolescentes son más propensas a tener un neonato con BPN que madres mayores, y mujeres negras tienen más propensión a ser madres adolescentes con más frecuencia que en otro grupo étnico.

Similarmente, más mujeres negras tienen baja escolaridad cuando se convierten en madres. Mujeres con menor educación tienen niveles más altos de BPN entre cada raza.

El nivel educacional ha sido usado muy frecuentemente como un predictor del estado socioeconómico porque se correlaciona con este nivel, y ya que es fácil obtenerlo de los certificados de nacimientos.

Hábitos

La recién nacidos con BPN tienen una estrecha relación con fumadores de cigarrillos según la dosis a la cual se exponen. Mucho de esto tiene relación con Retardo del Crecimiento Intrauterino (RCIU), fumar cigarrillos también afecta adversamente la edad gestacional. En los Estados Unidos, más del 30% de las mujeres fuman, ha sido estimado que el 13-20% de todos los nacimientos pretérmino se pueden atribuir al hábito de fumar de la madre. Fumar también incrementa la frecuencia de Rotura Prematura de Membranas Oculares (RPMO), abrupcio placentae, placenta previa, y muerte fetal, los cuales pueden llevar hacia un parto pretérmino. Con el reciente incremento del uso de cocaína en el embarazo, ha resultado claramente que la cocaína también afecta adversamente la edad gestacional al nacimiento.

El peso antes del embarazo y la ganancia de peso durante el embarazo son dos de los mayores determinantes, del peso al nacer.

Actividades físicas pueden incrementar el riesgo de BPN produciendo RCIU o parto prematuro. Muchos investigadores han reportado una alta mortalidad en los niños de mujeres quienes trabajan durante el embarazo comparada con las que no trabajan.

Otros investigadores han tratado de evaluar aspectos específicos del empleo en términos de la repuesta fisiológica de la madre y el feto. Actividades físicas, como el mucho tiempo de pie o cargar, son de las más importantes.

Control Prenatal

Como muchos de los factores de riesgo de hábito, los riesgos de parto pretérmino o BPN que son debidos a ausencia de un adecuado

control prenatal son potencialmente sujetos a modificación. Mujeres que no buscan control prenatal aumentan su riesgo de tener un recién nacido pretérmino o con BPN.

Antecedentes médicos

La incidencia de parto pretérmino está fuertemente relacionada con antecedentes obstétricos. El antecedente de parto pretérmino anterior se asocia con riesgo de recurrencia del 17 al 40%. También hay un incremento del subsecuente parto pretérmino en mujeres quienes han experimentado uno o más abortos del segundo trimestre. Un aborto en el primer trimestre, espontáneo o legal, no aumenta el riesgo de parto pretérmino.

Mujeres con malformaciones uterinas están en muy alto riesgo de parto pretérmino. El riesgo varía con la anormalidad. Mujeres con útero unicornio o bicornio, tienen peores resultados que las mujeres con septum uterino completo. Colocación de cerclaje y metroplastía puede aumentar el riesgo en algunas pacientes. Miomas uterinos están asociados a hemorragia anteparto y RPMO. La localización del mioma es una importante consideración, los de la submucosa y subplacentarios son los de más riesgo.

Incompetencia cervical, secundaria a trauma o procedimiento ginecológico u obstétrico, o como resultado a exposición al dietilestilbestrol (DES) en útero, o de etiología desconocida, puede llevar hacia una dilatación del segundo trimestre y aborto. Una vez la dilatación haya ocurrido, seguirá parto prematuro o RPMO, lo cual produce la dificultad de establecer la etiología del parto pretérmino.

Dentro del millón y medio de las mujeres quienes estuvieron expuestas como feto al DES entre 1940 y 1970, múltiples estudios han demostrado que han incrementado el riesgo del parto pretérmino (15-28%) y aborto espontáneo 20-40%. Mujeres expuestas, con malformaciones genitales (anormalidades uterinas, incompetencia cervical, anomalías estructurales vaginales y del cérvix) pueden experimentar parto pretérmino y aborto espontáneos comparado con mujeres que no hayan sido expuestas. Mujeres con ciertas condiciones médicas también están en alto riesgo de parto pretérmino. Ejemplos de esas condiciones de alto riesgo incluyen nefropatía diabética, enfermedad de la colágena, lupus anticoagulante. Estos embarazos frecuentemente terminan en parto pretérmino por la hipertensión materna, función deteriorada del riñón, distress, o RCIU.

Complicaciones del embarazo

El embarazo múltiple es el factor de riesgo más simple y más predictivo del parto pretérmino.

Complicaciones prenatales adicionales pueden predisponer parto pretérmino o BPN, las cuales incluyen placenta previa, anormalidades del volumen del líquido amniótico, cirugía abdominal y anomalías fetales.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo de corte transversal.

SUJETO DE ESTUDIO

Los expedientes de todas las pacientes que consultaron para la atención del parto y que se les realizó la Historia Clínica Perinatal Base Clap Ops/Oms., en los meses de marzo y abril de 1996, en el Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios.

POBLACION ESTUDIADA

De los 1,406 expedientes revisados, 63 correspondieron a parto prematuro por lo cual ésto se constituyó en la población estudiada.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Se incluyeron las pacientes a quienes se les brindó atención de parto pretérmino, determinado por la edad gestacional del recién nacido en 28 a 36 semanas escala de Ballard.
- A quienes se les aplicó la Historia Clínica Perinatal Base.

Variables	Definición Operacional	Escala de Medición	Unidad de Medida
Parto pretérmino	Parto(Contracciones uterinas frecuentes, dolorosas y regulares que originan el borramiento y la dilatación progresiva del cuello) que se produce antes de 37 semanas	Escala de Ballard	Nominal
Edad Materna	Edad de la madre al momento del nacimiento del niño.	< 20 años >40 años	Numérica
Madre materna	Estado de soltera al momento del nacimiento del niño	Historia Clínica	Nominal
Talla	Estatura de la madre al momento del nacimiento	Menor de 150 cms.	Numérica
Peso	Peso de la madre antes de embarazarse	Menor de 45 Kgs.	Numérica

Abortos	Terminación del embarazo por cualquier medio, antes de que el feto este lo suficiente desarrollado para sobrevivir (menos de 20 semanas de gestación)	1 a 3 abortos	Numérica
Espacio Intergenésico	Intervalo entre embarazo y embarazo	Menor de un año	Numérica
Infección tracto urinario	Infección de vías urinarias altas	Historia Clínica	Nominal
Parto pretérmino anterior	Existencia de antecedente de parto pretérmino anterior	Antecedente	Nominal
Consumo de cigarrillos	Presencia de hábito de fumar cigarrillos	> 10 al día	Numérica
Ganancia de Peso durante el embarazo	Incremento de peso en relación al peso inicial del embarazo	< 5 Kgs.	Numérica
Hemorragia durante el embarazo	Presencia de hemorragia vaginal despues del primer trimestre	Antecedente	Nominal
Placenta Previa	Inserción de la placenta en el cuello uterino	Ultrasonido obstétrico	Nominal
Poli-hidramnios	Presencia de aumento de líquido amniótico en la cavidad uterina	Ultrasonido obstétrico	Nominal
Embarazo gemelar	Presencia de dos productos del embarazo	Ultrasonido obstétrico	Nominal
Cirugía Abdominal	Presencia de antecedente de cirugía abdominal anterior	Antecedente	Nominal
Malformaciones uterinas	Presencia de malformaciones uterinas congénitas	Antecedente	Nominal

RECURSOS

A. MATERIALES

1. Papeleta de recolección de datos: Historia Clínica Perinatal Base CLAP OPS/OMS.
2. Computadora del programa Materno Infantil, Fase III, Hospital General San Juan de Dios, Facultad de Ciencias Médicas USAC.
3. Salas de post parto del Hospital General San Juan de Dios.
4. Bibliotecas.

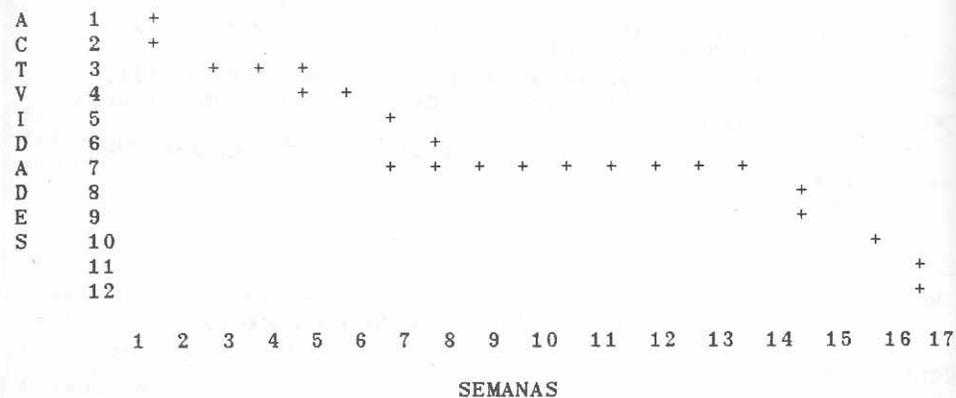
B. HUMANOS

1. Personal Médico y de Enfermería de Post Parto.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Se entrevistaron a las pacientes que consultaron al Hospital por atención de parto, así como se revisaron las Historias Clínicas de cada una, durante los meses de marzo a abril. La información obtenida en cada historia se introdujo en la computadora del programa materno infantil, la cual cuenta con el programa del SIP-6 para formar el banco de datos; se seleccionaron las pacientes que presentaron parto prematuro, el cual se confirmó con las semanas de edad gestacional del recién nacido, se determinaron los factores de riesgo que presentaron las mismas. Los datos obtenidos, que se presentaron en forma de porcentajes, son: el porcentaje de pacientes que presentaron parto pretérmino, edades gestacionales más frecuentes, los porcentajes de cada uno de los factores de riesgo encontrados. Todos estos datos se analizaron y compararon con los presentados en la literatura.

GRAFICA DE GANTT



1. Selección del tema del proyecto de investigación
2. Elección del Asesor y Revisor
3. Recopilación del material bibliográfico
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con el asesor y revisor
5. Aprobación del proyecto por el Comité de Investigación del HGSJDD
6. Aprobación del proyecto por la unidad de tesis
7. Trabajo de campo
8. Análisis y discusión de resultados
9. Elaboración de conclusiones y recomendaciones
10. Aprobación del informe final
11. Impresión del informe final y trámites administrativos
12. Examen público y defensa de tesis.

PRESENTACION DE RESULTADOS

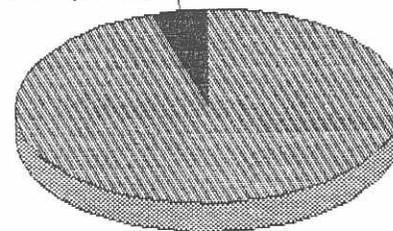
CUADRO # 1
 PORCENTAJE DE PARTOS PREMATUROS
 EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 DURANTE LOS MESES DE MARZO A ABRIL DE 1996

PARTOS	# DE CASOS	PORCENTAJE
PREMATUROS	63	4.48%
NO PREMATUROS	1343	95.52%
TOTAL	1406	100%

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base CLAP\OPS

GRAFICA # 1 FRECUENCIA DE PARTOS PREMATUROS

PARTOS PREMATUROS (4.5%)



PARTOS A TERMINO (95.5%)

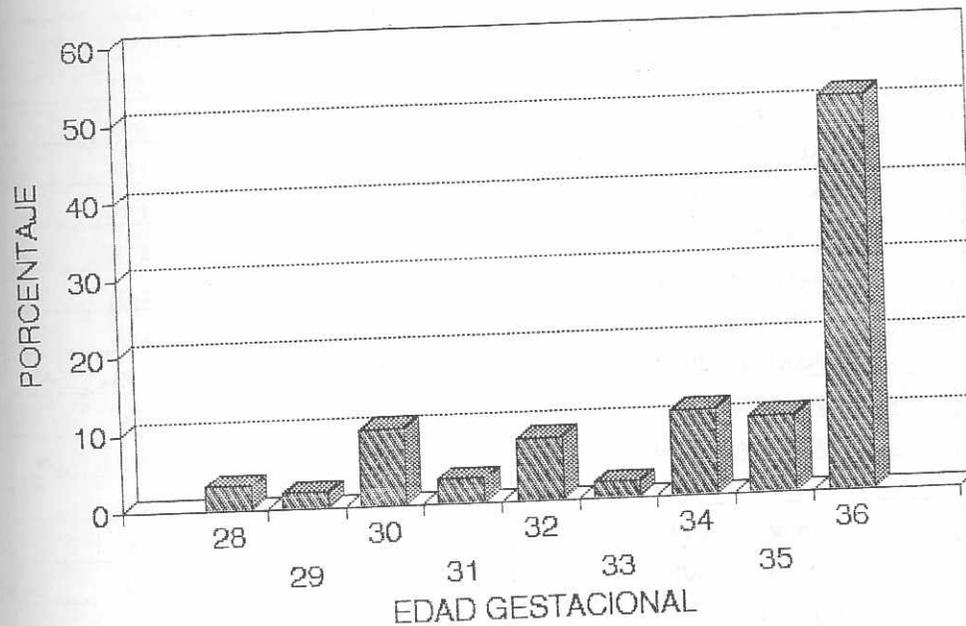
CUADRO # 2

EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES
QUE PRESENTARON PARTO PREMATURO,
EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
DURANTE LOS MESES DE MARZO A ABRIL DE 1996

SEMANAS	CASOS	PORCENTAJE
28	2	3%
29	1	2%
30	6	10%
31	2	3%
32	5	8%
33	1	2%
34	7	11%
35	6	10%
36	33	51%
TOTAL	63	100%

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base CLAP\OPS

GRAFICA # 2
EDAD GESTACIONAL PARTO PREMATURO



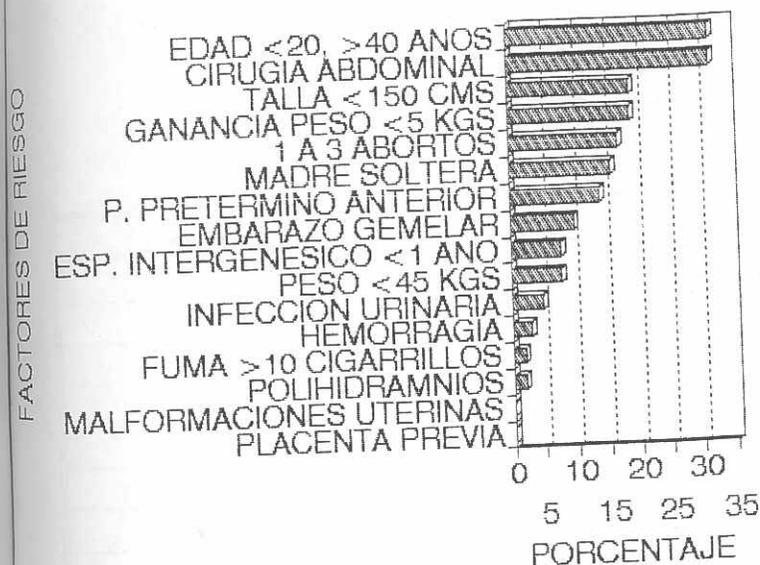
CUADRO # 3

FACTORES DE RIESGO DE LAS PACIENTES
QUE PRESENTARON PARTO PREMATURO,
EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
DURANTE LOS MESES DE MARZO A ABRIL DE 1996

FACTORES DE RIESGO	CASOS	PORCENTAJE
EDAD <20 >40	20	32%
CESAREA	20	32%
TALLA <150 CMS.	12	19%
GANANCIA PESO <5 KGS.	12	19%
1 A 3 ABORTOS	11	17%
MADRE SOLTERA	10	16%
PARTO PRETERMINO ANTERIOR	9	14%
EMBARAZO GEMELAR	7	10%
ESPACIO INTERGENESICO <1 AÑO	5	8%
PESO <45 KGS	3	5%
INFECCION URINARIA	3	5%
HEMORRAGIA	2	3%
FUMA > 10 CIGARRILLOS	1	2%
POLIHIDRAMNIOS	1	2%
MALFORMACIONES UTERINAS	0	0%
PLACENTA PREVIA	0	0%

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base CLAP\OPS

GRAFICA # 3
FACTORES DE RIESGO PARTO PREMATURO

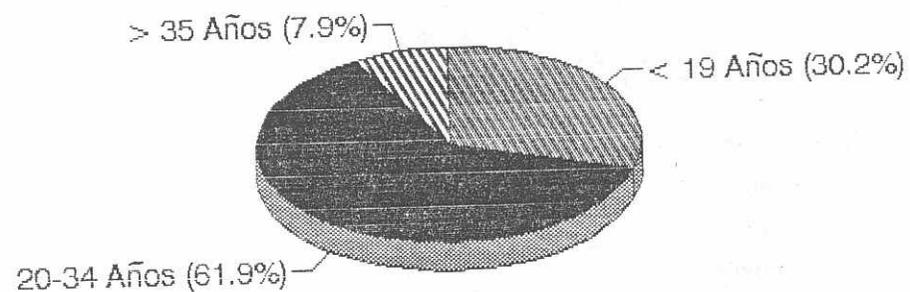


CUADRO # 4
 GRUPO ETAREO DE LAS PACIENTES
 QUE PRESENTARON PARTO PREMATURO
 EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 DURANTE LOS MESES DE MARZO A ABRIL DE 1996

EDAD	CASOS	PORCENTAJE
10-14	1	1.6%
15-19	18	28.6%
20-24	15	23.8%
25-29	16	25.4%
30-34	8	12.7%
35-39	4	6.3%
> 40	1	1.6%
TOTAL	63	100%

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base CLAP\OPS

GRAFICA # 4
 GRUPO ETAREO PACIENTES PARTO PREMATURO

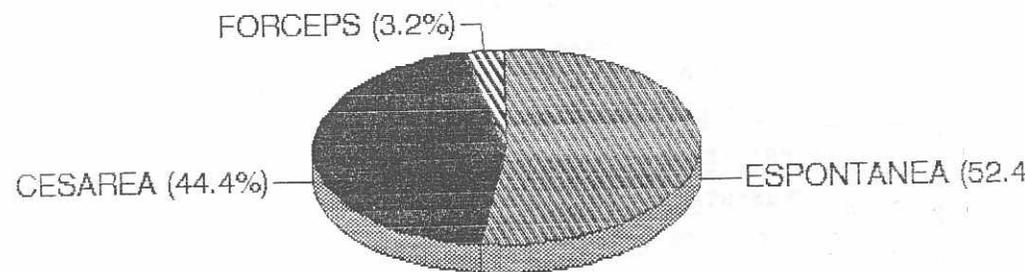


CUADRO # 5
 VIA DE RESOLUCION DE LAS PACIENTES
 QUE PRESENTARON PARTO PREMATURO
 EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 DURANTE LOS MESES DE MARZO A ABRIL DE 1996

VIA DE RESOLUCION	CASOS	PORCENTAJE
ESPONTANEA	33	52.4%
CESAREA	28	44.4%
FORCEPS	2	3.2%
TOTAL	63	100%

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base CLAP\OPS

GRAFICA # 5 VIA RESOLUCION EMBARAZO PARTO PREMATURO



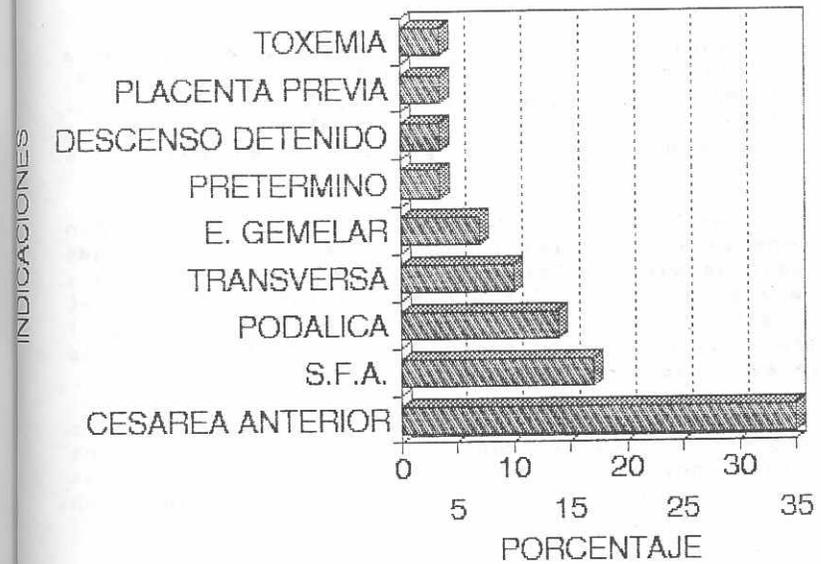
CUADRO # 6

INDICACION DE CESAREA DE LAS PACIENTES
QUE PRESENTARON PARTO PREMATURO
EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
DURANTE LOS MESES DE MARZO A ABRIL DE 1996

INDICACION	CASOS	PORCENTAJE
CESAREA ANTERIOR	10	35%
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	5	17%
PRESENTACION PODALICA	4	14%
SITUACION TRANSVERSA	3	10%
EMBARAZO GEMELAR	2	7%
PRETERMINO	1	3.5%
DESCENSO DETENIDO DE LA PRESENTACION	1	3.5%
PLACENTA PREVIA	1	3.5%
TOXEMIA	1	3.5%
TOTAL	28	100%

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base CLAP\OPS

GRAFICA # 6
INDICACIONES CESAREA



ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

TABLA Y GRAFICA # 1:

Del total de 1406 embarazadas que consultaron al Hospital General San Juan de Dios durante los meses de marzo y abril de 1996, 140 pacientes (10%) se les diagnosticó trabajo de parto prematuro antes de resolver su parto y 63 pacientes (4.48%) del total, presentaron en realidad parto prematuro.

Se hace manifiesto en el presente estudio, que el diagnóstico de ingreso de las pacientes con trabajo de parto prematuro es incorrecto en 55% de los casos estudiados.

En estudios nacionales anteriores en el hospital de Escuintla en 1987 y de Huehuetenango en 1988 se reportó un 4.82% y 1.98%, respectivamente de nacimientos prematuros (12,17). Por lo que el actual estudio viene a ser el tercero en los últimos 8 años que reporta menos del 5% de nacimientos prematuros en Hospitales Nacionales.

El Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, reportó para el año 1995, el 16% de pacientes que presentaron trabajo de parto prematuro; así también la literatura internacional revela que en los E.E.U.U el porcentaje alcanza el 10% (7) y que en países en vías en desarrollo va desde 15% hasta el 20%, dependiendo del nivel socioeconómico y cultural de la población que se esté hablando (11).

Se observó que el porcentaje bajo de partos prematuros presentado en este estudio, es altamente afectado, debido a que es un hospital de referencia y hay que tomar en cuenta todas las pacientes que se atiende en el área rural y que no alcanzan un nivel terciario de atención.

TABLA Y GRAFICA # 2:

En esta tabla y gráfica se observó que la edad gestacional más frecuente fué de 36 semanas con 33 casos (51%), por lo que podemos observar, que aunado a que el porcentaje de partos prematuros fué bajo, la mayoría de estos fueron no fueron partos extremadamente prematuros, pues están en el límite superior con 36 semanas.

TABLA Y GRAFICA # 3

En esta gráfica se mostraron los factores de riesgo que presentaron las pacientes con partos prematuros, las más frecuentes fueron: edad en riesgo y cirugía abdominal anterior, con 20 pacientes cada uno (32%), seguido de talla materna y ganancia de peso <5 kgs, con 12 pacientes (19%), abortos con 11 pacientes (17%), parto prematuro anterior con 9 pacientes (14%), y embarazo

gemelar con 7 pacientes (9%), los demás están por debajo del 8% cada uno.

El factor de riesgo edad materna < 20 años fue el más afectado, recordando el nivel socio-económico y cultural de nuestra población, se va a reflejar en el mínimo control prenatal así como la poca planificación familiar, que da como consecuencia que el grupo de la adolescencia es el más afectado.

La cirugía abdominal anterior resulta como un factor de riesgo importante ya que la incidencia de cesárea en nuestros tiempo ha aumentado, y el control prenatal no es adecuado.

La talla materna y poca ganancia de peso en el embarazo, es debido a que nuestra población, es afectada por la desnutrición, por su estado de socio-económico precario.

En la literatura Estado Unidense se presentan como los factores de riesgo más frecuentes: el embarazo gemelar, con hasta un (50%), parto pretérmino anterior (30%), 1 a 3 abortos (20%) y cirugía abdominal anterior (40%)(8). Estos factores de riesgo se compararon con los resultados de esta investigación, y los mismos factores de riesgo están en los primeros ocho lugares, aunque no con tan altos porcentajes, además hay que recalcar que no existe mucha información sobre factores de riesgo en sociedades como la nuestra.

TABLA Y CUADRO # 4:

En este cuadro revela que el grupo etéreo de 10-19 años es el 30.2% del total de las pacientes con parto prematuro, casi la tercera parte del total.

TABLA Y CUADRO # 5 Y 6:

Aquí se presentó la vía de resolución del embarazo, la cual amerita atención al porcentaje de cesáreas que alcanza un 44.4%, el cual es alto comparado con la población en general que alcanza un valor menor del 25%. Esto es debido a que el trabajo de parto prematuro aumenta la morbi-mortalidad del feto, que no está completamente desarrollado, y es más susceptible a tener problemas en relación a un feto con embarazo a término, por lo que el médico se ve en la obligación de resolver el embarazo por cesárea.

Entre las indicaciones de cesárea más frecuentes se pueden observar: cesárea anterior, debido a que la incidencia de cesárea en general es elevada; el sufrimiento fetal agudo, es muy frecuente ya que el feto no está preparado para soportar las contracciones de un trabajo de parto por su inmadurez corporal; las malpresentaciones (podálica, transversa) resaltan entre las indicaciones ya que como el embarazo en proceso no ha terminado el feto no se encuentra en posición adecuada.

Todas estas indicaciones obligan al médico a resolver el embarazo de manera rápida ya que el feto inmaduro presenta más alto riesgo para presentar muerte intraútero.

CONCLUSIONES

1. En las 1,406 historias clínicas revisadas se encontraron 140 con diagnóstico de parto prematuro, (10%), de éstas únicamente 63 presentaron parto prematuro real (4.48%) lo que supone un mal diagnóstico o una buena evolución del problema.
2. El porcentaje de parto prematuro fué relativamente bajo, comparado con la literatura mundial y similar a estudios del mismo tipo publicados en Guatemala.
3. El 51% de las pacientes que presentaron parto prematuro tuvieron en su mayoría una edad gestacional de 36 semanas, lo cual evidencia que el porcentaje de partos extremadamente prematuros es bajo.
4. Se determinó que los factores de riesgo más frecuentes para las pacientes con parto prematuro fueron: Edad materna <20 años y >40 años con 32%, Cirugía Abdominal anterior con 32%, Talla <150 cms. con 19%, Ganancia peso <5 kgs. con 19%, y antecedente de 1 a 3 abortos con 17%.
5. El grupo etáreo materno más afectado fué de 15 a 19 años con el 28.6%.
6. La resolución de los partos de las pacientes fué de la siguiente forma: espontáneo 52.4%, cesárea 44.4%, fórceps 3.2%.
7. Las indicaciones más frecuentes de cesárea fueron: cesárea anterior, sufrimiento fetal agudo, presentación podálica, situación transversa.

RECOMENDACIONES

1. Mejorar el diagnóstico al ingreso de las pacientes con trabajo de parto prematuro, para darles un manejo adecuado.
2. Fomentar un adecuado control prenatal en el que se determinen los principales factores de riesgo para parto prematuro, ya así disminuir la frecuencia.
3. Realizar estudios a nivel nacional para determinar la frecuencia de partos prematuros con la población en general

RESUMEN

El presente estudio descriptivo de corte transversal se realizó en el departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, durante los meses de marzo a abril de 1996, entrevistando 1406 pacientes y revisando las fichas clínicas respectivas, de este total se escogieron las pacientes con parto prematuro resultando 63 casos, de los cuales se investigaron los factores de riesgo para parto prematuro que presentó cada caso en particular, encontrando que los más frecuentes fueron: Edad > 20 años 32%, cirugía abdominal 32%, talla < 1.50mts 19%, ganancia de peso < 5 kgs 19%, 1 a 3 abortos 17%, madre soltera 16%, parto pretérmino anterior 14%, embarazo gemelar 10%, espacio intergenésico < 1 año 8% y peso < 45 kgs 8%.

El porcentaje de pacientes con parto prematuro fué de 4.48%, la edad gestacional más frecuente fué de 36 semanas con un 51%, el grupo etéreo más afectado fué de 15-18 años con un 28.6%, y la vía de resolución por vía cesárea fué del 44.4%.

Estos datos se analizaron y se compararon con sus similares nacionales y extranjeros, entre los que destacan la similitud de porcentaje de parto prematuro de este estudio con el de otros similares a nivel nacional, y la diferencia es tan marcada con este dato y lo referido por la literatura extranjera. La edad más frecuente fué la de menores de 20 años, así como el factor de riesgo más frecuente, por lo que este grupo es bastante susceptible a este problema.

La vía de resolución más frecuente fue por cesárea con un 44.4% la cual es muy alta comparándola con la población general con un 23%.

Con éstos resultados podemos concluir que los factores de riesgo aparecen con una tendencia similar a la reportada en la literatura universal.

BIBLIOGRAFIA

1. Abramowicz M, et al: Pathogenesis and prognosis of prematurity. N Eng J. Med 1966 Oct. 20 y 27: 275 (16, 17): 878-885, 938-943.
2. Aladjem S: Neonatology Second ed. Philadelphia lippincott 1981; 235-264.
3. Caplan R: Principles of Obstetrics Baltimore Waverly Press, 1980 420 p.; 156-216
4. Creasy R.: Prevention of Preterm Birth. Clinical Obstetrics and Gynecology 1988 September; 31 (3); 599-615.
5. Garcia J.: Trabajo de parto prematuro. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1980. p. 71.
6. Garfield R, et al: Endocrine, structural, and functional changes in the uterus during premature labor. Am J Obstet and Gynecol 1982 Jan; 142 (1): 21-27.
7. Haesslin H: Premature labor. En: Manual of obstetrics diagnosis and therapy. Boston, Kenneth R Niswander 1986. 323-349.
8. Hoffman H.: Risk factors Associated with the occurrence of preterm birth. Clinical obstetrics and Gynecology 1984 September: 27 (3): 539-551.
9. Jhonson J and Droegemueller W: Obstetrics aspects of preterm delivery. Clinical Obstet Gynecol 1980 March 23 (1): 1-189,
10. Kamtorn V: Prevención de un trabajo de parto prematuro. Pediatrics in Review 1986; 2 (8): 308.
11. Main D.: The epidemiology of preterm birth. Clinical Obstetrics and Gynecology 1988 September: 31 (3); 521-530.
12. Maldonado M.: Influencia del parto prematuro en la morbi-mortalidad del recién nacido Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1989. p. 66.
13. Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre enfoque de riesgo en la atención Materno-Infantil. Serie Paltex, No.7 O.M.S. 1986 265p.
14. Papiernik E.: Proposal for a Programmed prevention policy of preterm birth. Clinical obstetrics and gynecology 1984 September: 27 (4): 614-635.
15. Pritchard J, Macdonald P: Williams obstetricia. Tercera

edición, México Salvat, 1987: 723-743.

16. Rodríguez A.: Recurrencia del trabajo de parto prematuro en mujer obstétrica. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1989. p. 9- 29.

17. Sanchinelli E.: Factores perinatales implicados en la prematuridad del recién nacido Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1989. p. 75.

18. Schwarcz R, Duverges C,: Obstetricia cuarta ed. Buenos Aires el Ateneo, 1986. 602 p. (pp. 140-219).

19. Strada G, et al: Resultados del tratamiento de la amenaza aborto y parto pretérmino con cerclaje y uterinhibidores. Obstet Ginecol Latinoamer 1985 nov-dic; 43 (11/12): 377-380.

20. Valladares J.: Parto prematuro espontaneo Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas Guatemala 1980. p. 65.

21. Vasques M.: Factores de riesgo materno (socioeconómicos culturales) que influyen en el nacimiento de niños prematuros Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1991. p. 78.

ANEXOS

