



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1
ZACATECAS, ZACATECAS.**

**FACTORES DE RIESGO PARA AMENAZA DE PARTO
PRETERMINO EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA.**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. ARMANDO SAUCEDO HERRERA

ZACATECAS, ZAC.

2007



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.

**FACTORES DE RIESGO PARA AMENAZA DE PARTO
PRETERMINO EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA.**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. ARMANDO SAUCEDO HERRERA

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDRÓZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

FACTORES DE RIESGO PARA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA.

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. ARMANDO SAUCEDO HERRERA

AUTORIZACIONES:

DRA. MA. DEL CARMEN FRAIRE GALINDO.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR 1.

DRA. JOSE ARMANDO PEREZ RAMIREZ.

ASESOR METODOLOGICO DE TESIS COORDINADORA DELEGACIONAL DE
INVESTIGACIÓN EN SALUD IMSS, ZACATECAS. ZAC.

DRA. MA. DEL CARMEN FRAIRE GALINDO.

ASESOR DEL TEMA DE TESIS

DRA. ALICIA VILLA CISNEROS

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

INDICE GENERAL

1.	ANTECEDENTES	1
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
3.	PREGUNTA DE INVESTIGACION	14
4.	JUSTIFICACION	15
5.	OBJETIVOS	16
	5.1 Objetivo General	
	5.2 Objetivos Específicos	
6.	HIPOTESIS	17
7.	METODOLOGIA	18
	7.1 Diseño y Tipo de Estudio	
	7.2 Población de estudio	
	7.2.1 Población	
	7.2.2 Lugar	
	7.2.3 Tiempo	
	7.3 Tipo de Muestreo y tamaño de la muestra	
	7.3.1 Tipo de muestra	
	7.3.2 Tamaño de la muestra	
	7.4 Criterios de selección	
	7.4.1 Criterios de inclusión	
	7.4.2 Criterios de exclusión	
	7.4.3 Criterios de eliminación	
	7.5 Variables a recolectar	
	7.5.1 Variable dependiente	
	7.5.2 Variable independiente	
	7.5.3 Variables universales	
	7.5.4 Operacionalización de variables	
	7.6 Método o Procedimientos para capturar la información	
	7.6.1 Procedimiento para capturar la información	
	7.6.2 Instrumentos de recolección de datos	
	7.7 Consideraciones éticas	
8.	RESULTADOS	26
	CUADROS Y GRÁFICAS	28
9.	DISCUSION	36
10.	CONCLUSIONES	38
11.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	40
12.	ANEXOS	44
	ANEXO 1 Cédula de Recolección de Datos.....	
	ANEXO 2 Indice tocolítico o de Lowenberg	

1.- ANTECEDENTES.

El embarazo es un proceso fisiológico en el cual se producen cambios y adaptaciones del organismo de la madre, que en ocasiones pueden llevar a padecer trastornos previamente inexistentes o a descompensar patologías controladas con anterioridad. Por todo esto son necesarios una serie de cuidados y seguimiento médico para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades intercurrentes. En el caso de la morbilidad y mortalidad neonatal e infantil asociada al embarazo, los resultados más desalentadores están representados por los productos prematuros y aquellos con retraso en el crecimiento intrauterino. La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y el hijo pueden ser prevenidos, detectados en un primer nivel de atención médica en Medicina Familiar y tratados con éxito mediante la aplicación de diversos métodos, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo de forma rutinaria aumentan los riesgos. (1, 2 y 3)

Las labores del médico familiar en primer nivel de atención son el diagnóstico de confirmación, evaluación a lo largo de la gestación de los posibles factores de riesgo, y la información necesaria, para así tener como objetivos la prevención, detección y control de los problemas materno infantiles, preparación de la pareja para un embarazo, parto, y posteriormente, puerperio y lactancia, para de esta forma lograr disminuir aún más la morbimortalidad materno fetal. (1, 2 y 3)

La atención del embarazo normal precisa de una formación adecuada del médico familiar, que habitualmente es el que confirma la gestación y tiene contacto con la mujer para su control prenatal. (1, 2 y 3)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como pretérmino o prematuro a aquel nacimiento de más de 20 semanas y menos de 37. (1 y 16)

Amenaza de Parto Pretérmino: Es la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas íntegras entre las 28 y las 37 semanas de embarazo, con pocas modificaciones del cuello uterino. (9)

Otra definición de amenaza de parto pretermino es el cuadro clínico caracterizado por actividad uterina regular (2 contracciones en 10 minutos), evidente acompañado de modificaciones cervicales que incluyen un borramiento menor del 80% con dilatación menor de 2 cms que ocurre después de la semana veinte y antes de haber completado la semana 37 de gestación (114 a 259 días de gestación), con membranas integra.. Los síntomas pueden ser variables como: actividad uterina, dolor abdominal, presión pélvica, manchado vaginal. La exactitud de este diagnostico es pobre, el 40% es un falso positivo y tiene un 25 a 50% de falsos negativos.^(28 y 29)

La prematurez es un problema no sólo obstétrico sino también neonatal, la principal causa de morbilidad del recién nacido así como de una parte considerable de la morbilidad a corto y largo plazo relacionada con el nacimiento en los países desarrollados y es responsable del 60 a 80 % de las muertes neonatales de los recién nacidos sin malformaciones. Su frecuencia aparece en el 5-10% de todos los embarazos. ^(1, 4, 9 y 18)

El parto en función de la edad gestacional del producto se clasifica en:

Parto pretérmino: Expulsión del producto del organismo materno de 20 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

Parto con producto inmaduro: Expulsión del producto del organismo materno de 21 semanas a 27 semanas.

Parto con producto prematuro: Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cervicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo. ^(2, 3, 4, 17)

El Médico Familiar en la unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando

preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario: 1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas, 2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas, 3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas, 4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas y la 5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas. La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42. (2,3 y 4)

A partir de la semana 28 de gestación los controles deben ser más frecuentes incluso cada tres semanas, hasta llegar a realizarlas cada siete días desde la semana 36 hasta el término de la gestación; teniendo en cuenta que desde la semana 28 es posible detectar patologías relevantes como: retardo en el crecimiento fetal, diabetes gestacional, enfermedad hipertensiva del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas, entre otras. (2,3 y 4)

El manejo de la prematurez, implica el diagnóstico oportuno en un primer nivel de atención; el tratamiento oportuno de la amenaza de parto prematuro, así como de la aceleración de la biosíntesis de los factores tensioactivos del pulmón fetal, el parto prematuro y el manejo adecuado del recién nacido pretérmino (prematuro) se debe llevar a cabo en unidades de segundo o tercer nivel por personal especializado. (2 y 3)

La prematurez sigue siendo la principal causa de morbimortalidad del recién nacido así como de una parte considerable de la morbilidad a corto y largo plazo relacionada con el nacimiento en los países desarrollados y es responsable del 60 a 80 % de las muertes neonatales de los recién nacidos sin malformaciones. (1, 17).

La incidencia del parto Pretérmino en nuestro país es de alrededor del 7%, en Latinoamérica, la incidencia supera el 10%. La frecuencia en EEUU, se ha mantenido estable en los últimos 15 años, en 10%. (3, 6, 8, 15, 19)

Todos los años nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros. La mayor parte de esos nacimientos ocurren en países en desarrollo y contribuyen la proporción más extensa de la morbilidad y la mortalidad perinatales que se

registran anualmente en todo el mundo ha llegado hasta 78%. La información originada en países industrializados revela valores similares, con nacimientos pretérmino que contribuyen de 69 a 83% de las muertes neonatales. Gran parte de la morbilidad perinatal grave también se asocia con esos nacimientos. En los nacidos pretérmino son mucho más frecuentes el síndrome de dificultad respiratoria, la enterocolitis necrotizante, la hemorragia intraventricular y discapacidades de largo plazo como la parálisis cerebral, la ceguera y la pérdida de la audición. (3, 6, 8, 15, 19)

Por otra parte, el nacimiento pretérmino se relaciona con gastos importantes de salud pública. En los países industrializados, la mayoría de los niños con bajo peso al nacer suelen ser pretérmino. En un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos de América, se estimó que los gastos adicionales en salud, educación y cuidados generales de niños de 15 años o menos que habían tenido bajo peso al nacer ascendieron a alrededor de US \$6 000 millones en 1988. Entre los nacidos con un peso menor de 1500 gr; que constituyen cerca de 1% de todos los nacimientos, el costo de la atención médica de cada niño durante el primer año de vida fue de \$60 000 en promedio. (3, 5 y 15)

La incidencia de partos pretérmino en poblaciones de distintas regiones del mundo como en América latina en el periodo de 1981 a 1990 un total de 507 722 partos pretérmino dando un porcentaje de 7.7%, África de 1981 a 1989 con 47v 773 y 9.9%, Asia de 1979 a 1984 con 94 975 y 9.3%, Norteamérica en 1991 con 4 513 435 y 10.6%, Europa de 1976 a 1988 con 13 675 y un 5.9%, y Oceanía de 1984 a 1986 con 74 815 y un 5.8%. (14)

FACTORES DE RIESGO PARA AMENAZA DE PARTO EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Factores sociológicos: *La edad:* las mujeres menores de 17 y mayores de 35 años, tienen mayor riesgo de presentar parto pretérmino. El *bajo nivel cultural* así como también el bajo nivel socio económico aunque éstos son dependientes el uno del otro. (1, 3, 5, 6, 7 y 18)

Para definir el *estatus social* de la madre se han utilizado 4 indicadores: a) estado civil, categorizado de forma dicotómica (soltera, viuda, separada o divorciada, frente a casada o convivencia en pareja); b) *escolaridad*, determinado por el último grado de estudios aprobado desde analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria, profesional ú otros, y c) ocupación (ver anexo 1) (5).

Factores fisiológicos: *El embarazo múltiple* constituye uno de los riesgos más altos de prematurez, casi el 50 % de los embarazos dobles y prácticamente todos los embarazos múltiples con más de dos fetos, terminan antes de completar las 37 semanas, siendo su duración promedio, más corta cuanto mayor es el número de fetos que crecen in útero en forma simultánea (36 semanas para los gemelares, 33 para los triples y 31 para los cuádruples) (23).

La hemorragia vaginal de la segunda mitad del embarazo, sea por *desprendimiento de placenta marginal, por placenta previa o abrupto placentario*, es un factor de riesgo tan importante como el embarazo múltiple. El sangrado del segundo trimestre no asociado con placenta previa o desprendimiento, también se ha asociado en forma significativa al parto pretérmino. *Preeclampsia*, una forma de presión sanguínea alta que puede desarrollarse en la segunda mitad del embarazo, además de las otras variantes de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo e incluso la hipertensión arterial sistémica previa al embarazo. (1, 11, 12, 20 y 25)

Problemas de salud de la madre tales como enfermedad renal, diabetes (22), o enfermedad cardíaca. Intervalos cortos entre embarazos (menos de un año). Problemas con el útero, tales como defectos estructurales, cuello incompetente, o fibroides. Oligo y polihidramnios (disminución o aumento de la cantidad de líquido

amniótico que rodea al bebé). Cirugía abdominal materna en el segundo y tercer trimestre (por aumento de la actividad uterina). La bacteriuria (infección del tracto urinario) asintomática (que no da síntomas y por lo tanto la embarazada no se da cuenta) y otras infecciones sistémicas como neumonía bacteriana, pielonefritis y apendicitis aguda, provocan un aumento de las contracciones uterinas por lo que se asocian con la prematuridad (10, 14, 21). La historia de un parto pretérmino previo sigue siendo uno de los factores principales a tomar en cuenta siempre ya que existe la posibilidad de un parto pretérmino subsecuente.

Factores conductuales: La ganancia de peso escasa como la excesiva, y el bajo índice de masa corporal (menos de 19.8 kg/m²). El hábito de fumar juega un papel mucho más significativo en el retardo del crecimiento intrauterino que en el parto pretérmino. Sin embargo, las mujeres fumadoras tienen 20 a 30 % más probabilidad de tener un parto de pretérmino. La embarazada que sufre de mucho estrés durante el embarazo. Maltrato físico, sexual o emocional. Ingesta de bebidas alcohólicas o uso de drogas ilegales. (1, 5, 6, 9)

El parto pretérmino, definido como aquel parto que se produce antes de las 37 semanas completas de gestación, continúa siendo, tanto en Europa como en América del Norte, el factor de riesgo más importante asociado a la mortalidad peri y neonatal. Así mismo, es el mayor determinante responsable de la morbilidad neonatal e infantil como: alteraciones en el desarrollo neurológico, trastornos respiratorios crónicos, hemorragias intraventriculares, enterocolitis necrosante, etc. El coste de los cuidados neonatales y de los trastornos de la salud a corto y largo plazo, que presentan los recién nacidos, representa una importante carga para las familias y la sociedad. Todo ello justifica la importancia de la realización de estudios de investigación para identificar los factores de riesgo del parto pretérmino (5, 15, 17, 24).

Características individuales. La edad de la madre: menos de 25 años, 25-29 años, 30-34 años y 35 años o más. Las características antropométricas de la madre han sido evaluadas por el índice de masa corporal (IMC) pregestacional (peso en kg/talla en metros al cuadrado). Esta variable se ha categorizado en: menos de 20, 20 a 24, 25 o más. Así mismo, se ha incluido el consumo de tabaco de la madre

durante el último trimestre del embarazo: no fuma, 1-9 cigarrillos al día y más de 9 cigarrillos al día (8, 26 y 27).

Factores médicos. Los antecedentes obstétricos de la madre fueron codificados en: a) bajo riesgo obstétrico (multigestas sin ningún antecedente obstétrico adverso); b) riesgo obstétrico moderado (primíparas o bien multigestas con algún antecedente de aborto del primer trimestre), y c) alto riesgo obstétrico (multigestas con algún antecedente de parto pretérmino o aborto del segundo trimestre) (5, 25 y 27).

Se ha correlacionado el parto pretérmino con la actividad sexual, cuando la incidencia de orgasmos es elevada después de la semana 32 de gestación, pero no se sabe con certeza si se debe a la asociación con infecciones genitourinarias (10), que a su vez se relacionan con la ruptura prematura de membranas (RPM) como su causa principal. La opinión generalizada es que el coito no suele causar daño antes de las últimas 4 semanas de gestación, pero de manera práctica toda mujer con historia de abortos, debe abstenerse de toda actividad sexual que pueda generar orgasmo, en el último tercio del embarazo. Asimismo si en el curso de la gestación sobreviene una hemorragia, también es aconsejable evitar toda actividad sexual, sobre todo con diagnóstico de placenta previa. La actividad sexual media en mujeres con antecedente de amenaza de parto pretérmino es de dos veces por semana en el primer trimestre, una vez por semana en el segundo trimestre. En el tercer trimestre la actividad sexual es de cero. (11 y 27)

La frecuencia de la actividad sexual media en el grupo control fue una vez por semana, durante el primer y segundo trimestres. En el tercer trimestre la actividad sexual fue de cero. Sin embargo, las infecciones genitourinarias se presentaron en un 68% en el grupo con amenaza de parto pretérmino a diferencia del grupo control el cual se presentan en un 44% de los casos (12).

La no realización de control prenatal, preeclampsia durante el embarazo actual, RPM, embarazo múltiple y el antecedente de parto prematuro tuvieron asociación estadísticamente significativa con la presentación de parto prematuro. No hubo diferencias en las variables de edad, estado civil, procedencia, estado socio-económico, gravidez, paridad, planificación familiar, enfermedades de transmisión

sexual y hábitos nocivos entre los grupos de casos y controles. Los principales factores asociados a parto pretérmino en el tercer nivel de atención en Manizales fueron el antecedente de parto pretérmino, control prenatal inadecuado y la asociación de la gestación actual con ruptura prematura de membranas, preeclampsia y/o gestación múltiple. (6, 7, 12, 16, 18 y 22)

DIAGNÓSTICO.

La identificación de los *síntomas* de amenaza de parto pretérmino en un primer nivel de atención es de suma importancia para ayudar a detectar aquellas pacientes candidatas a realizar un diagnóstico y tratamiento adecuados, tomando en cuenta el índice tocolítico o de Lowenberg (**anexo 2**) que es de gran utilidad para determinar un pronóstico lograr una tocolisis satisfactoria y de revertir la amenaza de parto pretermino. (2, 3, 5, 6, 20 y 22)

Los *signos y síntomas* incluyen: contracciones frecuentes (más de 4 por hora), calambres, presión pelviana, excesivo flujo vaginal, dolor de espalda y dolor abdominal bajo (6).

Los síntomas suelen ser inespecíficos. El diagnóstico deberá realizarse en pacientes entre 20 y 36 semanas y seis días de gestación si las contracciones uterinas ocurren con una frecuencia de 4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos, y están acompañadas de cualquiera de los siguientes hallazgos: RPM, dilatación cervical < 2 cm; sin borramiento cervical, o sin cambios cervicales detectados en exámenes seriados. (1, 2, 3, 5, 6 y 21)

El diagnóstico completo debe incluir una historia clínica completa, monitoria fetal o examen físico que evidencie actividad uterina, examen ginecológico que confirme cambios cervicales, ecografía obstétrica que confirme edad gestacional y cervicometría con índice <2.5 cm. Y pruebas como la fibronectina, interleukina - 6 y otras no están disponibles en la práctica clínica actual. Y la telemetría y cuadros de puntaje no tiene buena sensibilidad ni especificidad. La predicción de APP basada en aspectos epidemiológicos no ha mostrado ser confiable. Tampoco se ha demostrado la utilidad de la Monitorización fetal ambulatoria. El estriol mayor de 21,1 ng/ml en saliva tiene sensibilidad de 71%, especificidad de 42 a 77% y

falsos positivos de 23%, valor predictivo negativo del 85 a 97%, valor predictivo positivo de 14 a 57%. (1, 2, 3, 6, 21, 28 y 29)

La fibronectina fetal (50 ng/dl) tiene sensibilidad del 81%, especificidad del 96%, valor predictivo del 70,9% y valor predictivo negativo de 97% y RR 32,9.

La cervicometría por ecografía transvaginal varía en sensibilidad del 68 al 100% y especificidad del 44 al 79%, entre 24 y 28 semanas. La utilidad de la cervicometría disminuye en la medida en que aumenta la edad gestacional, ya que es posible encontrar mas falsos positivos. Interleukina-6, Interleukina-1, factor de necrosis tumoral alfa, electromiografía del útero, colposcopia fluorescente para determinar contenido de colágeno en el cervix, fosfatasa alcalina y alfafetoproteína, tacto vaginal OCI dilatado mas de 1 cm antes de semana 24 RR 13,3 en nulíparas y 5,8 en múltiparas, La tunelización del cervix en ecografía tiene sensibilidad del 25,4%, especificidad de 94,5%, valor predictivo positivo de 17,3% y valor predictivo negativo de 96,6%. (1, 2, 3, 6, 21, 28 y 29)

TRATAMIENTO.

Hospitalizar o considerar manejo ambulatorio de acuerdo a resultados de cervicometría, paraclínicos y red de apoyo de la paciente.

1. Hidratación
2. Reposo en cama
3. Sedación con opioides tipo meperidina o tramadol.
4. Solicitar ecografía con cervicometría y monitoría fetal. Solicitar cuadro hemático, PCR, parcial de orina, urocultivo, frotis de flujo vaginal, glicemia y serología.
5. Detección y tratamiento de las infecciones
6. Inducir la madurez pulmonar fetal a partir de la semana 26 de gestación hasta la semana 34. Los corticoesteroides preferidos son la dexametasona y la betametasona, dado que ambos cruzan fácilmente la placenta en sus formas activas, no tienen actividad mineralocorticoide, acción inmunosupresora relativamente débil y tienen mayor duración de acción que otros corticoides. Administrar 12 mg. de betametasona I.M, y repetir a las 24 hr. o 4 dosis de 6 mg. de dexametasona dadas I.V. cada 12 hr. Con

esta dosis se alcanza una ocupación del 75% de los receptores, lo que obtendría una respuesta cercana a la máxima en los órganos fetales. Dosis más altas o más frecuentes no obtienen mejores resultados e incrementan los efectos adversos. Los beneficios terapéuticos son mayores a partir de las 24 hr y alcanzan los 7 días postratamiento; también existen evidencias que esta mejoría se obtienen aun con menos de 24 hr de tratamiento. Los datos no establecen beneficios al repetir las dosis, mientras que si se ha demostrado que repetir las dosis se relacionan con RCIU y disminución del perímetro cefálico. (1, 2 ,3, 7, 8, 17, 18, 28 y 29)

7. Vigilar el bienestar fetal

8. Iniciar útero inhibición en caso de que no exista **contraindicación** como: corioamnionitis, RCIU, muerte fetal, cardiopatía materna, HIE, RPM, hipertiroidismo, diabetes mal controlada, malformaciones fetales incompatibles con la vida, abrupcio de placenta y placenta previa sangrante, madurez fetal, sufrimiento fetal agudo, inestabilidad hemodinámica, enfermedad materna, trabajo de parto avanzado, anomalías cromosómicas. (1, 2 ,3, 4, 7, 8, 17, 18, 28 y 29)

9. Los medicamentos de elección para iniciar uteroinhibición son:

Nifedipino oral:

Administrar 10 mg vía oral cada 6 horas, con una dosis máxima de 120 mg/día. Vigilar tensión arterial y frecuencia cardíaca.

Indometacina:

De primera elección antes de la semana 30. Por encima de la semana 32 está contraindicado por los efectos adversos que puede producir en el feto. Se inicia con 1 supositorio intrarectal o 50 mg por vía oral y se continua 25 mg vo cada 6 horas. Se debe realizar ILA y o doppler antes y luego del tratamiento. Se recomienda también protección gástrica por ser un AINE. (17)

Terbutalina:

Utilizar siempre como segunda opción. Preparar 5 ampollas de terbutalina en 500 ml de lactato de ringer e iniciar goteo a 30 ml/hr e ir incrementado 10 ml/hr cada 10 minutos según respuesta. Nunca exceder de 90 ml/hr. Suspender en caso de presentarse reacciones adversas como: taquicardia materna mayor de 120, taquicardia fetal mayor de 180, hipokalemia, hipotensión, arritmias cardíacas y edema pulmonar. Tenga en cuenta que con la administración de betamiméticos también se presenta vasodilatación, hiperglicemia, hiperlactatemia, retención de sodio y agua, íleo paralítico, entre otros.

Sulfato de Magnesio:

6 gramos diluidos en 100 ml de lactato de ringer para pasar en 30 minutos y continuar 2 gramos/hora. Vigilar durante la administración diuresis, reflejos osteotendinosos, frecuencia respiratoria y temperatura. En casos de signos de intoxicación administrar gluconato de calcio según respuesta

Indice Tocolítico:

PARAMETRO	0	1	2	3	4
Contracciones	-	Irregular	Regular		
Ruptura Membranas	-	-	Interrogada	Alta	Baja
Sangrado	-	Manchado	Severo	-	-
Dilatación	-	1	2	3	4

- Si hay respuesta al manejo se continuará el reposo por 48 horas y se dará de alta con recomendaciones y control en una semana.
- Si no hay respuesta en las primeras 48 horas se debe realizar amniocentesis y cultivo.
- La uteroinhibición debe suspenderse en los siguientes casos: Mala respuesta materna, cuando se completen 36 semana de edad gestacional o se compruebe madurez pulmonar, cuando las modificaciones cervicales

aumenten, haya signos de infección intraamniótica o evidencia de sufrimiento fetal.

- Tomar cultivo de cordón y líquido amniótico en el momento del parto.

Antibióticos:

Evidencias basadas en estudios observacionales sugieren que la infección subclínica esta implicada en la etiología del PP. El uso de antibióticos en pacientes con APP, muestra tendencia a disminuir la enterocolitis necrotizante y a prolongar el tiempo del nacimiento y disminuir la sepsis neonatal, pero aumenta el SDR y la muerte perinatal. Los estudios ofrecen evidencias que los antibióticos no deben utilizarse rutinariamente en APP a menos que haya un foco clínicamente evidente.^(1, 2, 3, 28 y 29)

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La amenaza de parto pretermino tiene una frecuencia de 5-10% de todos los embarazos; sigue siendo un problema tanto del primero, segundo y tercer nivel de atención médica, es la principal causa de morbimortalidad del recién nacido en hasta el 60 a 80 %, así como de una parte considerable de la morbilidad a corto y largo plazo relacionada con el nacimiento en los países desarrollados incluso de los recién nacidos sin malformaciones no sólo obstétrico sino también neonatal; en que a pesar de todos los adelantos científicos y programas médico preventivos, información, educación a embarazadas y que aun, a pesar de las facilidades en las unidades médicas de primer nivel de atención, en los hospitales para realizar y detectar de forma oportuna los factores de riesgo de la amenaza de parto pretermino. Representa un gasto económico importante, alterando la economía del país, el cual se refleja en la calidad de vida de los habitantes y es la principal causa de discapacidad infantil moderada o severa que por lo general van a requerir educación especial al menos en el primer año escolar.

La exactitud de este diagnostico es pobre, el 40% es un falso positivo y tiene un 25 a 50% de falsos negativos.

Este gran problema de salud y sus complicaciones que se plantea la siguiente pregunta de investigación.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

- ¿Qué factores de riesgo se presentan en amenaza de parto pretermino en un primer nivel de atención médica?

4. JUSTIFICACIÓN:

La amenaza de parto pretermino tiene una frecuencia de 5-10% de todos los embarazos, además cada año a nivel mundial nacen 13 millones de niños prematuros, los cuales constituyen el componente principal de morbilidad y mortalidad perinatales, considerándose así un problema de gran **magnitud** reportándose hasta 69 a 83% de muertes del total de niños nacidos pretermino; esto implica un reto en nuestro país y de gran **trascendencia** ya que forma parte de una prioridad dentro del paquete básico de salud incluyéndose en la salud materno infantil, además de las complicaciones que genera dicho problema en los niños, el tiempo prolongado de hospitalización infantil y el estrés familiar que genera dicha hospitalización tanto en la madre con en los familiares directos.

Todo lo anterior implica un gasto enorme en cualquier nivel de atención, a pesar de todos los adelantos científicos y programas médico preventivos, información, educación a embarazadas y que es muy **factible**, en las unidades médicas de primer nivel de atención que el médico familiar pueda realizar y detectar de forma oportuna los factores de riesgo de la amenaza de parto pretérmino (la no realización de control prenatal, preeclampsia durante el embarazo actual, RPM, embarazo múltiple y el antecedente de parto prematuro, así como las IVU's). y si bien ha disminuido la mortalidad materna y perinatal, no se ha llegado a tener cifras “aceptables” de esta causa de muerte secundaria a parto pretérmino.

Así pues todos los niveles de atención médico preventiva y en especial el primer nivel de atención en Unidades de Medicina Familiar, debemos conformar un equipo para mejorar las condiciones generales de salud de las embarazadas y poder lograr la disminución de la morbimortalidad en recién nacidos pretérmino considerado el grupo más **vulnerable** en el binomio.

5. OBJETIVOS:

5. 1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores de riesgo para amenaza de parto pretermino en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 38 de Cd. Cuauhtémoc, Zacatecas.

5. 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los principales factores de riesgo durante el control prenatal de pacientes atendidas en la UMF No. 38 de Cd. Cuauhtémoc, Zacatecas.
2. Identificar los factores de riesgo socio económicos.
3. Identificar factores de riesgo fisiológicos.
4. Identificar factores de riesgo conductuales.

6. HIPOTESIS.

El presente estudio es de tipo descriptivo por lo que no se planteo dicha hipótesis.

7. METODOLOGIA:

7. 1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO:

- Observacional
- Descriptivo

- Retrospectivo
- Transversal no comparativo

7. 2 POBLACION DE ESTUDIO:

7. 2. 1 POBLACION.

Expediente de pacientes embarazadas

7. 2. 2 LUGAR.

Unidad de Medicina Familiar No. 38 de Cd. Cuauhtémoc, Zacatecas.

7. 2. 3 TIEMPO

Del 01 de febrero de 2006 al 31 de enero de 2007.

7. 3 MUESTREO

7. 3. 1 TIPO DE MUESTRA.

Mediante muestreo *No probabilístico ó por conveniencia.*

7. 3. 2 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Para darle mayor representatividad al presente artículo se obtiene un tamaño de muestra estimando una proporción calculada de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$N = \frac{Z^2 P Q}{d^2}$$

$$N = 1.96^2$$

P = Prevalencia o estimación de población dejándola en 50%

Q = Contraparte de porcentaje de observaciones

d = Margen de error = 0.10

Sustituyendo la ecuación:

$$N = \frac{1.96^2 \times 0.5 (1-0.5)}{0.10^2}$$

$$N = \frac{3.8416 \times 0.5 (0.5)}{0.01}$$

$$N = \frac{3.8416 \times 0.25}{0.01}$$

$$N = \frac{0.9604}{0.01}$$

$$N = 96.04$$

7. 4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

7. 4. 1 CRITERIOS DE INCLUSION

- Expedientes de pacientes embarazadas
- Edad indistinta.
- Que tengan registro completo de datos en el expediente clínico.

7. 4. 2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes que no tengan registro completo de los datos en expediente clínico.
- No existencia de expediente clínico.

7. 4. 3 CRITERIOS DE ELIMINACION

- No existentes en el presente estudio.

7. 5 VARIABLES DEL ESTUDIO

7. 5. 1 **Variable dependiente.**- Primer Nivel de Atención.

7. 5. 2 **Variable Independiente.**- Factores de riesgo obstétricos

7. 5. 3 **Variables Universales:**

- Edad
- Escolaridad
- Estado civil
- Ocupación

7. 5. 4 **Variables intervinientes:**

- Preeclampsia
- Embarazo múltiple
- Infección de vías urinarias
- Antecedente de parto pretérmino.

7. 5. 5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Edad
<i>Definición Conceptual</i>	Es el intervalo de tiempo estimado o calculado entre el día, mes y año de nacimiento, y el día, mes y año en que ocurre el hecho expresado en unidad solar de máxima amplitud que se haya completado, o sea, años para los adultos y niños; y meses, semanas, días, horas o minutos de vida, la unidad que sea más adecuada, para los niños de menos de un año de edad
<i>Definición Operacional</i>	Mediante pregunta directa expresada en años, cumplidos al momento de la encuesta.
<i>Categoría</i>	Años
<i>Escala de Medición</i>	Ordinal

Variable	Estado Civil
<i>Definición Conceptual</i>	El estado en que se encuentra el individuo de acuerdo a normas de la sociedad.
<i>Definición Operacional</i>	De acuerdo al estado en el momento de la encuesta.
<i>Categoría</i>	Casada, soltera, viuda, divorciada, unión libre.
<i>Escala de Medición</i>	Nominal

Variable	Escolaridad
<i>Definición Conceptual</i>	Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional de país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado, como la categorización del sistema educativo reformado (ciclos de Educación General Básica).
<i>Definición Operacional</i>	Es el grado en que se encuentre al momento de la encuesta
<i>Categoría</i>	Analfabeta, Primaria, Secundaria, Preparatoria, Profesional
<i>Escala de Medición</i>	Ordinal

Variable	Ocupación
<i>Definición Conceptual</i>	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la posición en el trabajo.
<i>Definición Operacional</i>	Función(es) que desempeñe al momento de la encuesta
<i>Categoría</i>	Desempleada, hogar, obrera, secretaria, profesionista, otros
<i>Escala de Medición</i>	Nominal

Variable	Preeclampsia
<i>Definición Conceptual</i>	Entidad patológica exclusiva del embarazo caracterizada por hipertensión arterial (tensión arterial sistólica mayor a 140 mm Hg y diastólica mayor a 90 mm Hg, ó una elevación de 30 y 15 mm Hg en la diastólica y en la sistólica con respecto a la basal) y proteinuria durante la segunda mitad del embarazo.
<i>Definición Operacional</i>	Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo a partir de la semana 20 de la gestación caracterizado por la triada de hipertensión, proteinuria y edema.
<i>Categoría</i>	Sí ó No
<i>Escala de Medición</i>	Ordinal

Variable	Embarazo múltiple
<i>Definición Conceptual</i>	Se origina por la fecundación de uno ó más óvulos con el desarrollo intrauterino de dos ó más fetos, condición asociada a mayor número de complicaciones.
<i>Definición Operacional</i>	Presencia de uno ó más fetos en la gestación.
<i>Categoría</i>	Producto único ó gemelar
<i>Escala de Medición</i>	Ordinal

Variable	Infección de vías urinarias
<i>Definición Conceptual</i>	Es la presencia de disuria, polaquiuria y urgencia urinaria, sin presencia de taquicardia, taquipnea, deshidratación, dolor lumbar y fiebre. Además, tira reactiva positiva a estearasa de leucocitos o nitritos, o más de 10 leucocitos por campo microscópico en el sedimento urinario.
<i>Definición Operacional</i>	Presencia de infección urinaria por clínica ó por exámenes complementarios de laboratorio.
<i>Categoría</i>	Sí ó No
<i>Escala de Medición</i>	Nominal

Variable	Antecedente de parto pretérmino
<i>Definición Conceptual</i>	Previo a la gestación actual haber tenido un parto entre las 20 y las 37 semanas de embarazo.
<i>Definición Operacional</i>	Historial ginecológico de partos previos considerados pretérmino
<i>Categoría</i>	Sí ó No
<i>Escala de Medición</i>	Nominal

7. 6 MÉTODO Ó PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

7. 6. 1 Procedimientos para captar la información.

Se utilizaran los registros de hoja diaria de consulta externa para identificar la población de estudio, que cuente con los criterios de inclusión del presente, al tener dichos registros se tomarán los datos generales como número de afiliación y nombre del paciente, datos necesarios para localizar los expedientes clínicos del archivo clínico con previa autorización por el c. director del Unidad de Medicina Familiar No. 38 IMSS de Cd. Cuauhtémoc, Zacatecas.

Ya localizados los expedientes clínicos considerados se verificará que efectivamente tengan registro completo de los datos a obtener, al cumplir con esto, se procederá a requisitar una cédula de recolección de información, la cual tiene que ser avalada por el comité de investigación y únicamente será requisitada por el investigador principal durante los meses de agosto 2006 a enero 2007.

7. 6. 2 Instrumentos de recolección de datos. Ver Anexo 1.

7. 7 CONSIDERACIONES ETICAS

El presente protocolo cumple con la Declaración de Helsinki así como con su última modificación de Edimburgo del 2003 y el código de Reglamentos Federales (Regla Común) en cuanto a aprobación por el comité de ética, consentimiento informado, reclutamiento y revisión continua de la investigación. No contraviene con las regulaciones internacionales de las Buenas Prácticas de Investigación Clínica. Se apega a las regulaciones sanitarias y a la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, título primero, disposiciones generales, capítulo único, Artículo 3^o, incisos II y III en lo referente al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad y a la prevención y control de problemas de salud establecidas en México. Se sometió y fue aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, IMSS, Zacatecas.

8. RESULTADOS.

Se localizaron los registros en formatos institucionales de hoja diaria de consulta externa, se incluyeron de acuerdo al cálculo del tamaño de la muestra 96 expedientes de pacientes cuya edad en semanas de gestación de acuerdo a la fecha de última regla correspondiera a menos de 37 semanas. Ya localizados los expedientes clínicos se requirió la cédula de recolección de datos, obteniendo los siguientes resultados:

De los 96 expedientes clínicos de pacientes estudiados y considerando los factores socio económicos se encontró con una media de edad de 31.5 años y un rango de 17 a 44 años, predomina el grupo de edad entre los 20 y 34 años con n= 76 (79.16%); del factor escolaridad el mayor grupo fue de profesionistas con n= 33 (34.37%) y casi semejante el del grado de secundaria de n= 30 (31.25%); en ocupación el más representativo fue el del hogar con n= 64 pacientes (66.7%), en el factor social de estado civil el mayor grupo fue francamente notorio de casadas con n= 85 (88.54%). (Ver cuadros 1-4)

En cuanto a factores de riesgo fisiológicos se consideró el número de gestas presentándose con mayor frecuencia en el grupo de 2-3 gestaciones con n= 47 (48.95%) y le sigue el grupo de 4 y más embarazos con n= 28 (29.16%) a diferencia de las primigestas n= 21 (21.87%); otro factor de los de mayor importancia tanto clínica como preventivamente es de control prenatal el cuál fue inadecuado en su mayoría con n= 56 (58.33%) y con un valor de significancia de .021 y el grupo de control prenatal adecuado con n= 40 (41.67%) con un valor de significancia de .039; el factor de infección de vías urinarias se presentó con mayor frecuencia al grupo de pacientes que no presentaron dicha infección con n= 57 (59.37%), así como las vaginitis no presentaron tanta influencia, ya que las que no presentaron dicha infección fue la mayoría de las pacientes con un valor de n= 86 (89.58%), al factor de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo en el

cuál se incluyeron además 2 hipertensas crónicas se presentó en la minoría de los casos con n= 5 (5.20%); casos de diabetes pregestacional presentes encontrados en este estudio fueron de n= 2 (2.08%), al igual que el polihidramnios con n= 5 (5.20%), a diferencia de los dos anteriores, el oligohidramnios se presentó un poco con mayor frecuencia con n= 11 (11.45%), en cuanto a casos de embarazo múltiple (gemelar) se presentó en n= 5 (5.20%) de los 96 casos incluidos; el hipotiroidismo se presentó en valor de n= 2 (2.08%), y el factor encontrado con mucha mayor frecuencia fue sin duda la *ruptura prematura de membranas* con n= 32 (33.33%) con un valor de significancia de .037 mismo valor dado para cuando se encontró con amnios íntegro, pero este factor es considerado como causa de parto pretermino no como factor de riesgo para la amenaza de parto pretermino que es lo que se busca en el presente estudio. El desprendimiento parcial de placenta normoinserta se presentó en la minoría de casos con n= 6 (6.25%), la placenta previa solo se presentó en n=2 casos (2.08%) y por último el antecedente de parto pretérmino como factor desencadenante de parto pretérmino se encontró en n= 14 (14.58%). (Ver cuadros del 5 -15 y del 17-19)

Los factores conductuales en los que se tomó en cuenta dentro de los encontrados la vía de interrupción del embarazo cuya mayor frecuencia se presentó por vía vaginal en n = 66 casos (68.75%) que demuestra un valor de significancia de 0.28 (Ver cuadro 16); y otros factores conductuales como las toxicomanías solo se registraban en forma cualitativa en expediente clínico y al parecer sin cronicidad por lo que disminuyó su importancia en éste estudio.

CUADROS Y GRÁFICAS.

CUADRO 1

SDG * EDAD

	GRUPOS DE EDAD			Total
	< 20 años	20 a 34	34 y más	
32-37 SDG	8	70	11	89
20-31.6 SDG		6	1	7
Total (Porcentaje)	8	76 (79.16%)	12	96

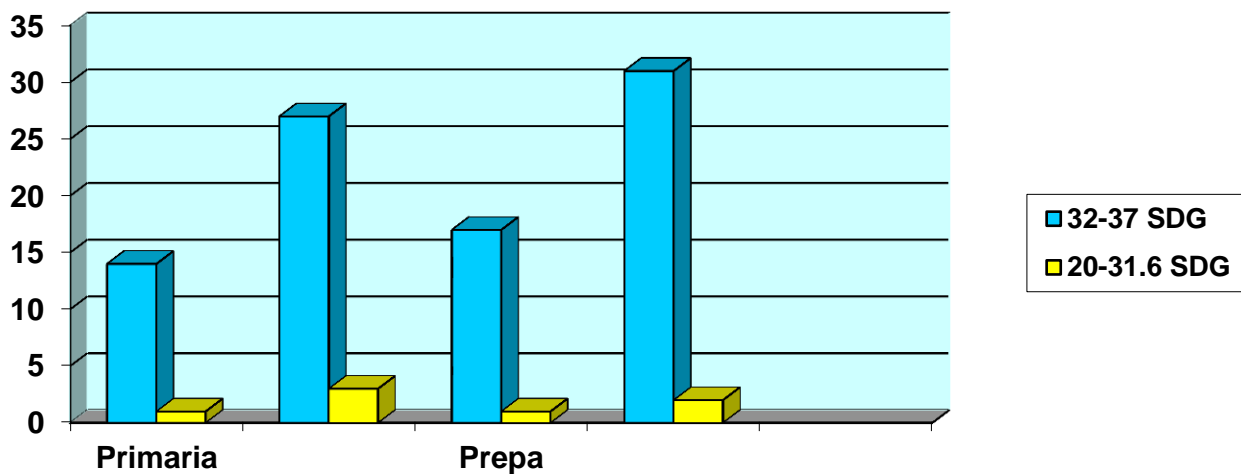
Fuente: Encuesta directa a expedientes clínicos

CUADRO 2

PRETERMINO * ESCOLARIDAD

	ESCOLARIDAD				Total
	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Profesional	
32-37 SDG	14	27	17	31	89
20-31.6 SDG	1	3	1	2	7
Total (Porcentaje)	15	30	18	33 (34.37%)	96

Fuente: Encuesta directa a expedientes clínicos



CUADRO 3

PRETERMINO * OCUPACIÓN

	OCUPACIÓN					Total
	Hogar	Obrera	E. oficina	Estudiante	Profesionista	
32-37 SDG	60	8	7	5	9	89
20-31.6 SDG	4	1	1	1		7
Total (Porcentaje)	64 (66.7%)	9	8	6	9	96

Fuente: Encuesta directa a expedientes clínicos

CUADRO 4

PRETERMINO * EDO. CIVIL

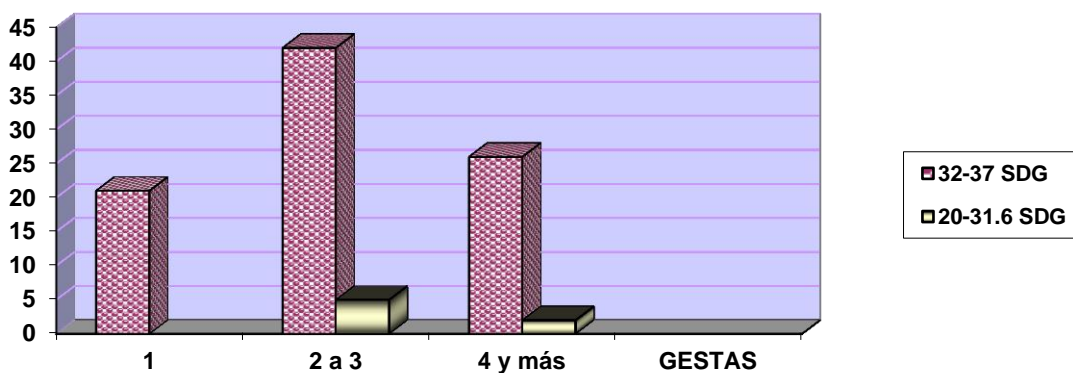
	EDOCIVIL			Total
	Soltera	Casada	Union libre	
32-37 SDG	5	78	6	89
20-31.6 SDG		7		7
Total (Porcentaje)	5	85 (88.54%)	6	96

Fuente: Encuesta directa a expedientes clínicos

CUADRO 5

PRETERMINO * GESTA

	GESTA			Total
	Primigesta	2 a 3	4 y más	
32-37 SDG	21	42	26	89
20-31.6 SDG		5	2	7
Total (Porcentaje)	21	47 (48.95%)	28	96

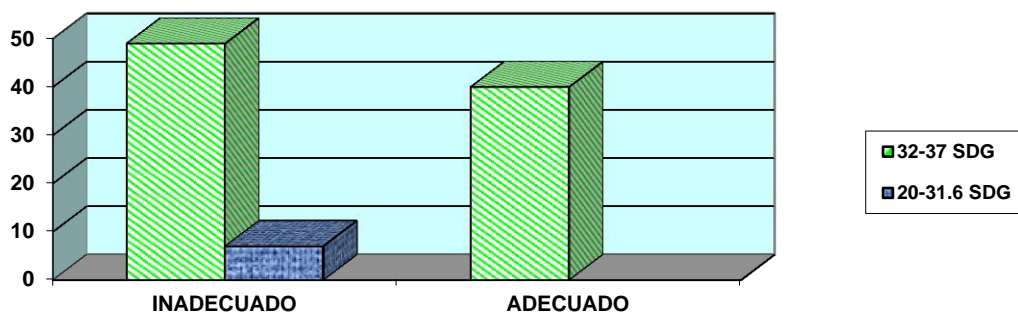


Fuente: Encuesta directa a expedientes clínicos

CUADRO 6

PRETERMINO * CPN

	CPN		Total
	<3 consultas	4 y más	
32-37 SDG	49	40	89
20-31.6 SDG	7		7
Total (Porcentaje)	56 (58.33%)	40 (41.67%)	96



Fuente: Encuesta directa a expedientes clínicos

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,294	1	,021		
Continuity Correction	3,619	1	,057		
Likelihood Ratio	7,823	1	,005		
Fisher's Exact Test				,039	,021
Linear-by-Linear Association	5,240	1	,022		
N of Valid Cases	96				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,89.

CUADRO 7

PRETERMINO * IVUS

	IVUS		Total
	SI	NO	
32-37 SDG	35	54	89
20-31.6 SDG	4	3	7
Total (Porcentaje)	39 (40.63%)	57 (59.37%)	96

Fuente: Encuesta directa a expedientes clínicos

CUADRO 8

PRETERMINO * CERVICOVAGINITIS

	VAGINITIS		Total
	SI	NO	
32-37 SDG	10	79	89
20-31.6 SDG		7	7
Total (Porcentaje)	10 (10.41%)	86	96

Fuente: Encuesta directa a expedientes clínicos

CUADRO 9

PRETERMINO * ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO

	EIHE		Total
	SI	NO	
32-37 SDG	3	86	89
20-31.6 SDG	2	5	7
Total	5	91	96

Fuente: Encuesta directa a expedientes clínicos

CUADRO 10

PRETERMINO * DIABETES PREGESTACIONAL

	DM		Total
	SI	NO	
32-37 SDG	2	87	89
20-31.6 SDG		7	7
Total	2	94	96

Fuente: Encuesta directa a expedientes clínicos

CUADRO 11

PRETERMINO * POLIHIDRAMNIOS

	POLIHIDRAMNIOS		Total
	SI	NO	
32-37 SDG	5	84	89
20-31.6 SDG		7	7
Total	5	91	96

Fuente: Encuesta directa a expedientes clínicos

CUADRO 12

PRETERMINO * OLIGOHIDRAMNIOS

	OLIGOHIDRAMNIOS		Total
	SI	NO	
32-37 SDG	11	78	89
20-31.6 SDG		7	7
Total	11	85	96

Fuente: Encuesta directa a expedientes clínicos

CUADRO 13

PRETERMINO * EMBARAZO UNICO Ó MULTIPLE

	EMBARAZO		Total
	UNICO	MULTIPLE	
32-37 SDG	85	4	89
20-31.6 SDG	6	1	7
Total (Porcentaje)	91	5 (5.20%)	96

Fuente: Encuesta directa a expedientes clínicos

CUADRO 14

PRETERMINO * HIPOTIROIDISMO

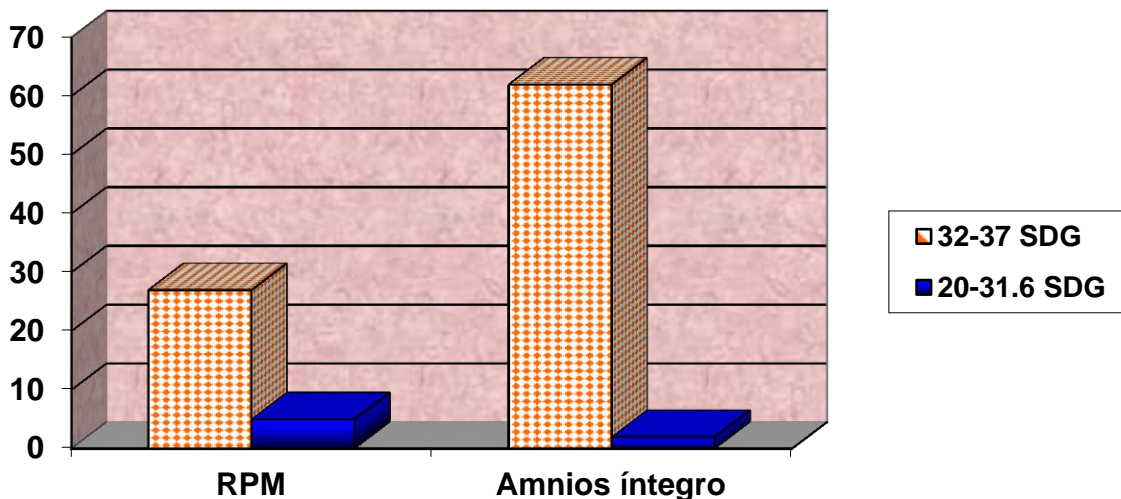
	HIPOTIROIDISMO		Total
	SI	NO	
32-37 SDG	2	87	89
20-31.6 SDG		7	7
Total	2	94	96

Fuente: Encuesta directa a expedientes clínicos

CUADRO 15

PRETERMINO * RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

	RPM		Total
	SI	NO	
32-37 SDG	27	62	89
20-31.6 SDG	5	2	7
Total (Porcentaje)	32 (33.33%)	64 (66.67%)	96



Fuente: Encuesta directa a expedientes clínicos

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,043	1	,025		
Continuity Correction	3,343	1	,068		
Likelihood Ratio	4,685	1	,030		
Fisher's Exact Test				,037	,037
Linear-by-Linear Association	4,991	1	,025		
N of Valid Cases	96				

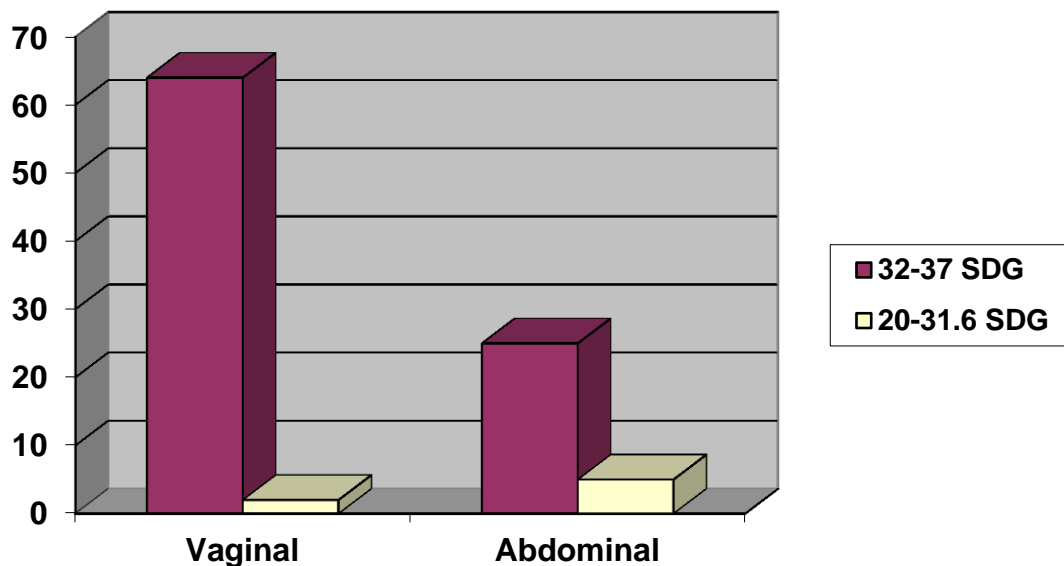
a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,31.

CUADRO 16

PRETERMINO * Vía de Interrupción del embarazo

	VIA		Total
	Vaginal	Abdominal	
32-37 SDG	64	25	89
20-31.6 SDG	2	5	7
Total (Porcentaje)	66 (68.75%)	30 (31.25%)	96



Fuente: Encuesta directa a expedientes clínicos

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,793	1	,016		
Continuity Correction	3,930	1	,047		
Likelihood Ratio	5,266	1	,022		
Fisher's Exact Test				,028	,028
Linear-by-Linear Association	5,733	1	,017		
N of Valid Cases	96				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,16.

CUADRO 17

PRETERMINO * Desprendimiento Parcial de Placenta Normo Inserta (DPPNI)

	DPPNI		Total
	SI	NO	
32-37 SDG	6	83	89
20-31.6 SDG		7	7
Total	6	90	96

Fuente: Encuesta directa a expedientes clínicos

CUADRO 18

PRETERMINO * PLACENTA PREVIA

	PLACENTA PREVIA		Total
	SI	NO	
32-37 SDG	2	87	89
20-31.6 SDG		7	7
Total	2	94	96

Fuente: Encuesta directa a expedientes clínicos

CUADRO 19

PRETERMINO * ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO (ANTECPP)

	ANTECPP		Total
	SI	NO	
32-37 SDG	13	76	89
20-31.6 SDG	1	6	7
Total	14	82	96

Fuente: Encuesta directa a expedientes clínicos

9. DISCUSIÓN.

Los resultados del presente estudio nos indican, en los factores socio económicos como la *edad*, una frecuencia de los extremos de la vida reproductiva que son considerados en la bibliografía de mayor riesgo para un evento pretérmino o de riesgo coinciden con los resultados de Escriba-Agûir et al (6, 7 y 9). El grado de *escolaridad* no repercutió ya que se encontró que a mayor grado de escolaridad se presentó con mayor frecuencia el evento pretermino, contrario a lo esperado de acuerdo a la bibliografía que menciona a menor cultura ó grado escolar, mayor riesgo de eventos de amenaza de parto pretermino. (6, 7 y 9). La ocupación nos demostró que las pacientes dedicadas a los quehaceres del hogar presentaron una elevada diferencia a razón de 7:1 a comparación de las otras ocupaciones consideradas en el presente estudio, tal y como lo muestran los resultados de Carmona y cols. (6, 7, 8, 9 y 15). El estado civil concuerda ya que es mínima la población soltera y en unión libre que la casada que es el grupo mayoritario encontrado en éste estudio y por lo tanto el de mayor riesgo para el evento obstétrico, de acuerdo a lo mencionado en distintas bibliografías.

Los factores de riesgo fisiológicos como el número de gestas, el evento se presentó como se esperaba y de acuerdo a la bibliografía (5, 6, 7, 9 y 20), con mayor frecuencia en múltiparas en comparación a las primigestas, juntando estas dos condiciones entre primigestas y multigestas suman una frecuencia de 50% aun mayor que el resultado de Althabe et al . Es de suma importancia y ya conocido por ser una prioridad dentro de los sistemas de salud el control prenatal en el primer nivel de atención médica en Medicina Familiar, el cual confirmó que a menor atención prenatal, mayor riesgo de presentar el evento pretérmino ya sea por falta de información y/ó, conocimiento de los signos de alarma obstétrica; tal como el resultado de la investigación hecha por Jaramillo y cols. cuyo factor se presentó con un IC 95% (6, 7, 8, 9, 20, 21 y 22). Así como las cervicovaginitis presente en 10 casos, que en menor proporción pero son eventos a considerar siempre en los eventos obstétricos aunque varia considerablemente de acuerdo al resultado de la investigación de Martinez y cols (15) cuyo factor mencionado se presentó hasta en 75% y en el presente estudio con una frecuencia de 10% semejando a (6, 7, 9, y 22). La

enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo fue uno de los factores más frecuentes esperados tal como lo refiere la bibliografía (en el presente estudio no se presentaron casos de eclampsia solo inminencia de la misma en 4 ocasiones) demostrando una frecuencia de 5% semejante a lo mencionado por Velasco y cols⁽¹⁶⁾ pero inferior a lo encontrado por Arredondo et al⁽¹⁰⁾ que demostro una frecuencia de 11%. El embarazo múltiple otro factor importante dentro de los riesgos para parto pretérmino se presentó en la medida esperada de acuerdo a la bibliografía.

Las infecciones de vías urinarias conforme a lo esperado en el presente estudio y de acuerdo a la bibliografía, es el factor que tendría que presentarse en el mayor número de casos como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino, confirma la gran importancia de éste padecimiento, para ocasionar complicaciones en eventos obstétricos a cualquier edad gestacional, presentándose en el presente estudio en 39% de los casos, inclusive superior a resultados de Martínez y cols y el estudio de Arredondo y cols. cuya frecuencia vario de 10 a 13%; y semejante a otras bibliografías^(5, 6, 7, 8, 9, 14, 21 y 22).

Los casos de hemorragias de la segunda mitad del embarazo y consideradas factores de riesgo para parto pretérmino estuvieron presentes en pocos casos y conforme a lo esperado^(6, 7 y 20). Así como las alteraciones de concentración de líquido amniótico como polihidramnios y oligohidramnios con mayor frecuencia el segundo incluso en relación de 2:1^(6, 7 y 20). El antecedente de parto pretérmino se presentó de acuerdo a lo esperado y muy relacionado con otros factores como la preeclampsia, embarazo múltiple entre otros; cuya frecuencia en el presente estudio concuerda con lo descrito en la bibliografía.^(6, 7, 16, 20, 21 y 24)

Los factores conductuales como las toxicomanías se consideraron solo cualitativamente sin ahondar en su cronicidad e incluso en el grado de consumo por lo que no se demostró en el presente estudio su relación con el evento obstétrico.

10. CONCLUSIONES.

Los factores de riesgo más frecuentemente encontrados en el presente estudio fueron:

1. las infecciones de vías urinarias
2. multigestas
3. nulo ó poco control prenatal
4. el embarazo múltiple,
5. la ocupación en el hogar, casadas, la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, el oligohidramnios, entre otros.

Considerando que en la gran mayoría de los eventos analizados se presentaba la combinación de dos o más de los factores mencionados.

Además al continuar seguimiento en dichos expedientes clínicos y verificar el puerperio se encontró que en la mayoría de los eventos pretérmino se concluyó la mayor frecuencia del embarazo por la vía vaginal en un segundo nivel de atención.

Estos factores encontrados en el estudio nos deben orientar hacia una actitud médica todavía de mayor prevención, la cual se debe llevar a cabo de forma directa con una buena interacción médico paciente durante cada consulta del control prenatal, en tiempo y forma oportuna. El médico familiar en el primer nivel de atención debe continuar capacitandose continuamente para detectar y canalizar de forma oportuna en tiempo y forma a toda paciente con factores de riesgo para disminuir así los partos preterminos y nacimientos en pretermino que generan desde crisis familiares por hospitalizaciones prolongadas tanto maternas como perinatales.

También se puede dar la información por medios masivos de comunicación, carteles, periódicos murales, trípticos, etc. en los que se mencione la importancia del control prenatal en primer nivel de atención médica y la identificación oportuna de los factores de riesgo en eventos obstétricos para disminuir así en la población de la Unidad de Medicina Familiar No. 38 IMSS de Cd. Cuauhtémoc Zacatecas, la

morbimortalidad materna y perinatal, así como las complicaciones de la misma en los eventos obstétricos.

Por lo anterior mencionado, la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido, siempre debe considerarse como prioritario sobre todo en el primer nivel de atención médica, en los servicios de salud, así debe tenerlo en cuenta la sociedad y políticas de todas las entidades del país.

15.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Definiciones operacionales de la Organización Mundial de la Salud.
- 2.- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- 3.- Instituto Mexicano del Seguro Social. **Norma Técnica para la Vigilancia Materno Infantil.** Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. IMSS. México. 1995.
- 4.- Pérez-Cuevas R, Reyes MH, Gil VE, Trejo y Pérez JA, Heinz PC, Oviedo MA, Velasco MV. **Perspectivas actuales de la atención prenatal en Medicina Familiar.** Prioridades en la salud en la mujer. IMSS. México. 2002.
- 5.- Carmona de la Morena J, Soto García M. **Factores de Riesgo Obstétrico.** En: Problemas de salud en el embarazo. Ediciones Jergón. Barcelona 2000.
- 6.- Hamman-Echeverri. **Identificación de Factores de Riesgo en el embarazo.** En: Medicina Familiar. Exlibris Editores 2003.
- 7.- Althabe F, Carroli G, Roberto Lede, José M. Belizán y Omar H. Althabe. **El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos.** [06/01/1999](#), Volumen 5 (6), p373-
- 8.- Lineamientos generales para la atención de embarazadas con amenaza de parto pretérmino. Revista IMSS 2005.
- 9.- Escribà-Agüir V, Clemente I y Saurel-Cubizolles MJ. **Factores socioeconómicos asociados al parto pretérmino.** Resultados del proyecto EUROPOP en el Estado español. 2001. Vol. 15 – Núm. 01 p. 6 - 13

10.- Arredondo-García, JL. **Ruptura Prematura De Membranas Y Parto Pretérmino**, Gaceta Médica de México, 163813, julio 1998, Vol. 134, Issue 4. p 433-437

11.- Mancilla-Ramírez, J. **Ruptura Prematura De Membranas Y Parto Pretérmino I. Mediadores Inflamatorios En La Ruptura Prematura De Membranas**, Gaceta Medica de México, 163813, julio 1998, Vol. 134, Issue 4. p 423-434

12.- Romero-Ortiz C, Chávez Merlos A. **La actividad sexual como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino**. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General "Darío Fernández Fierro", ISSSTE.

13.- *Kjell Haram, Jan Helge Seglem Mortensen and Anne-Lone Wollen. Parto pretérmino: Una Mirada General*, Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. August 2003. Volume 82 Issue 8 Page 687 - 692

14. Medellín-Simental MO, Alanis-Niño G. **Influencia De La Infección De Vías Urinarias En La Amenaza De Parto Prematuro**. Departamento de Medicina Familiar. Hospital General de Zona número 4, Guadalupe, Nuevo León. 2004. Vol. 15 No 2. Abril-junio 2001 113-114.

15. Dr. Martínez-González LR y Dra. Valladares Hernández M. **La Hidroterapia En La Amenaza De Parto Pretérmino** Hospital Docente Ginecoobstétrico "Justo Legón Padilla" Pinar del Río. Revista Cubana Obstet - Ginecol 1998; 24(3):128-132.

16. [Velasco Murillo, V.](#) [Pozos Cavanzo, JL,](#) [Cardona Pérez, JA,](#) **Prevención y tratamiento de la preeclampsia-eclampsia. De la teoría a la práctica.** [Revista Medica del IMSS](#); marzo/abril 2000, Vol. 38 Issue 2, p139 -149.

17. Van der Veyver I.B. Moise KJ, Ou C y Carpenter RJ. Complicaciones del uso de la indometacina para el tratamiento de la amenaza de parto prematuro. *Obstet Gynecol.* 1993 Octubre; 82: p 500-503.

18. Drs. Faneite Pedro, Gómez Ramón, Guninad Marisela, Faneite Josmery, Manzano Milagros, Marti Arturo, Urdaneta Ender. **Amenaza de parto prematuro e infección urinaria.** Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Estado Carabobo. *Rev Obstet-Ginecol Venez* 2006; 66 (1): 1 – 5.

19. García Alonso LÁ, Ayala Méndez JA, Jiménez Solís G, Aguilar Gutiérrez F, Díaz Cueto L. **Impacto económico del manejo del parto pretérmino con base en el resultado de fibronectina fetal.** *Ginecot- Obstet México* 2004; 72:385-393.

20. Calderón Guillén J, Vega Malagón G, Velásquez Tlapanco J, Morales Carrera R, Vega Malagón AJ. **Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino.** *Revista Médica IMSS* 2005; 43 (4): 339-342.

21. Dra. Vázquez Márquez Ángela, et al. ***Morbilidad Y Mortalidad Perinatal En El Embarazo Precoz.*** *Revista Cubana Obstet Ginecol* 1998; 24(3):137-144.

22. Jaramillo-Prado JJ, M. D. López-Giraldo IR, M. D. Arango-Gómez F, M. D. **Factores Asociados Con Parto Pretérmino En El Tercer Nivel De Atención En Salud En Manizales.** JULIO 2004 - JUNIO 2005 *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 57 No. 2 • 2006 • (74-81).*

23. Hernández-Cabrera J; de la Rúa-Batistapau A y Lic. Suárez Ojeda R. **Mortalidad Perinatal I. Algunos Factores Que Influyeron En Ésta Durante 1998** Hospital Ginecoobstétrico “Julio Alfonso Medina” *Revista Cubana Obstet Ginecol* 2001; 27(1):39-45

24. Dr. Vázquez-Niebla JC, Dr. Vázquez-Cabrera J y Dr. Namfantche J. **Asociación entre la hipertensión arterial durante el embarazo, bajo peso al**

nacer y algunos resultados del embarazo y el parto. Revista Cubana Obstet Ginecol 2003; 29(1). P 1-8

25. S. Patra, S. Pasrija, S.S. Trivedi, M. Puri. **Maternal and perinatal outcome in patients with severe anemia in pregnancy.** Department of Obstetrics and Gynecology, Lady Hardinge Medical College and Associated Hospitals, New Delhi, India International Journal of Gynecology and Obstetrics (2005). p 1 – 4.

26. M. Abdelgadir a, b, M. Elbagir a, b, A. Eltom b, c, M. Eltom b, c. **Factors affecting perinatal morbidity and mortality in pregnancies complicated by diabetes mellitus in Sudan.** Diabetes Research and Clinical Practice 60 (2003) 41 – 47.

27. Kim M.J. Haest a, Frans J.M.E. Roumen a, Jan G. Nijhuis b. **Neonatal and maternal outcomes in twin gestations -32 weeks according to the planned mode of delivery.** European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (2005) p. 1 – 5.

28. Crowley, The Cochrane Library, Review, 2004.

Iragorri Victor, Rodriguez Alejandro, Perdomo Diego. Guía de Manejo de Parto Pretérmino. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología.

16.- ANEXOS ANEXO 1. CUESTIONARIO BASAL

Fecha de encuesta: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Unidad Médica Fam: <input type="text"/>	
Número de afiliación: _____	
Nombre de la paciente: _____	
ANTECEDENTES SOCIODEMOGRAFICOS	
DATOS DE LA PACIENTE	
Edad: <input type="text"/>	
Escolaridad: <input type="text"/> Si la respuesta es 6. otros _____ Especificar	Años aprobados del último nivel de estudios: <input type="text"/>
CODIGOS ESCOLARIDAD	
1. Primaria	4. Profesional
2. Secundaria	5. Postgrado
3. Preparatoria o Bachillerato	6. otros
Ocupación: <input type="text"/>	Si la respuesta es 11. otros _____ Especificar
CODIGOS OCUPACIÓN	
1. Ama de casa	7. Profesionista
2. Oficios (Carpintero, plomero, electricista, albañil, herrero, costurera, corte de pelo, etc.)	8. Estudiante
3. Servicios (doméstico, taxista, postal, limpieza, vigilancia)	9. Jubilado
4. Empleado de fábrica o comercio.	10. Desempleado
5. Empleado de oficina.	11. Otros
6. Comerciante	
Cuenta con trabajo: 1. Permanente 2. Eventual 3. Tiempo en bipedestación	
Estado civil de la paciente: 1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Divorciada 5. Viuda	
ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS EN UMF	
<i>Expediente de UMF No. 381.- Si 2.- No Otro: _____</i>	
1.- Número: De gestas: ___ Paras: ___ Abortos: ___ Cesáreas: ___ Óbitos: ___ FUP: ___ / ___ / ___ FUM: ___ / ___ / ___ FPP: ___ / ___ / ___	
Curso del embarazo: 1. Normal 2. Problemas (especificar)	
Duración del embarazo: <input type="text"/> semanas Grupo sanguíneo: A ___ B ___ O ___ AB ___ Rh: positivo ___ negativo ___	
Atención odontológica: 1.- Si ___ 2.-No ___ Trabajos social 1. Si ___ 2.-No ___ ¿Durante el embarazo tomó vitaminas? 1. Si 2. No	
Nombre 1: _____	Nombre 2: _____
¿En que mes del embarazo empezó a tomarlo?1 <input type="text"/>	¿En que mes del embarazo empezó a tomarlo?2 <input type="text"/>
¿En que mes del embarazo dejó de tomarlo?1 <input type="text"/>	¿En que mes del embarazo dejó de tomarlo?2 <input type="text"/>

¿Llevó control de su embarazo? 1. Si 2. No Tabaquismo 1. Si 2. No Alcoholismo 1.Si 2.No Adicciones 1.Si 2. No

2.- ¿Cuántas consultas recibió durante el embarazo en Medicina Familiar?

3.- Se efectuó ultrasonido: 1.-Si 2.- No BHC 1.- Si 2.- No Hb: _____ EGO 1.- Si proteinuria____ leucocituria____ 2.- No

4.- Infección de vías urinarias 1.- Si 2.- No Tratamiento adecuado 1.- Si 2.- No Urocultivo 1.- Si 2.- No

5.- Cervicovaginitis 1.- Si 2.- No Tratamiento adecuado 1.Si 2.- No

6.- Preeclampsia: 1.- Si 2.- No Tratamiento adecuado 1.- Si 2.-No Perfil preclámptico: 1.- Si 2.- No

7.- Glucosa:_____ mg/dl

8.- Fecha de última consulta de UMF: / / Ultima T/A / mm Hg FCF: min. Edema 1.- Si 2.-No
Fondo uterino: cm. Peso: _____ Kg. Talla: , m

9.- Detección de Hipomotilidad fetal 1. SI (sem.) 2.- No Detección de polihidramnios: 1.Si (sem. embarazo) 2.-No

10.-Detección de malformaciones congénitas 1. SI 2.- No 11.- Detección de embarazo múltiple 1.- Si 2.- No

12.- Detección de amenaza de aborto: 1.- Si 2.- No 13.- Detección de amenaza de parto inmaduro: 1.- Si 2.- No

14.- Detección de parto prematuro 1.- Si 2.- No 15.- Macrosomía: 1.- Si 2.- No

16.- Detección de incontinencia istmito-cervical: 1.- Sí 2.- No

17.- Atención por EMI: 1.- Si 2.- No No. De consultas por EMI _____

4.- Fue referido en forma oportuna de UMF a Ginecoobstetricia: 1.- SI _____ 2.- No: _____ especificar:

5.- Referencia de primero a segundo nivel: 1.- Si Semana de gestación:____ Causa: _____ 2.- No
Ultrasonido 1.- SI _____ 2.-No____
Especificar _____

6.- No. Consultas en Segundo nivel de atención: _____ Fecha de última consulta de Especialidad: / /

7.-Administración de medicamentos, cual (es), porqué causa y tiempo de administración:
1.-
2.-
Especificar _____

8.- Enfermedades asociadas durante el embarazo:
1.- DM 2.- HAS 3.- Hipotiroidismo 4.- Infección de vías urinarias 5.- Preeclampsia 6.-Otra: especificar

ATENCION DE URGENCIAS EN UMF

1.- Fué referido de: 1.-UMF _____ 2.-Espontánea:_____

2.- Refiere movimientos fetales: 1.- Si 2.- No: _____ especificar el tiempo sin movimientos: _____ horas

3.- FCF: _____ por min. T/A materna / mmHg Edema: 1. Si 2. No

4.- Diagnósticos de ingreso: _____

5.- Actividad uterina 1.- Si 2.- No Borramiento: _____ 6.- Dilatación: _____

7.- Membranas íntegras 1. Si 2.- No

8. Características del líquido amniótico 1. Normal 2. meconial 3. meconial espeso

9.-Parto: 1. Normal 2. Cesárea causa (especificar)

11.-Diagnóstico de egreso de Tococirugía:

ANEXO 2. INDICE TOCOLITICO O DE LOWENBERG

PARAMETRO	0	1	2	3	4
Contracciones	-	Irregular	Regular		
Ruptura Membranas	-	-	Interrogada	Alta	Baja
Sangrado	-	Manchado	Severo	-	-
Dilatación	-	1	2	3	4