



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

Factores asociados al parto pretérmino en el Hospital San Bartolomé. Mayo 2012 a mayo 2013

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

AUTOR

Américo Franco Tinta

LIMA – PERÚ
2014

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN	04
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	05
1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	05
1.2.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	06
1.3.- MARCO TEÓRICO.....	11
1.4.- HIPÓTESIS.....	16
1.5.- OBJETIVOS.....	16
1.5.1.- OBJETIVO GENERAL.....	16
1.5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS	18
2.1.- TIPO DE ESTUDIO.....	18
2.2.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	18
2.3.- UNIVERSO.....	18
2.4.- MUESTRA.....	19
2.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	19
2.6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	19
2.7.- DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	19
2.7.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE.....	19
2.7.2.- VARIABLE DEPENDIENTE.....	19
2.7.3.- VARIABLES INTERVINIENTES.....	19
2.8.- RECOLECCIÓN DE DATOS.....	20

2.8.1.- TÉCNICA.....	20
2.8.2.- INSTRUMENTO.....	21
2.9.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	21
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	22
3.1.- RESULTADOS.....	22
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	26
4.1.- DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	26
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	29
5.1.- CONCLUSIONES.....	29
5.2.- RECOMENDACIONES.....	29
CAPÍTULO VI: BIBLIOGRAFÍA.....	30
6.1.- BIBLIOGRAFÍA.....	30
CAPÍTULO VII: ANEXOS.....	33
7.1.- FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	34

RESUMEN

Objetivos: Determinar los factores asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Mayo del 2012 a Mayo del 2013.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, de 36 casos (pacientes que tuvieron parto pretérmino), y 48 controles (pacientes que tuvieron parto a término) en el servicio de Ginecología y Obstetricia, en el periodo que correspondió al estudio.

Resultados: las variables maternas que mostraron significancia con el parto pretérmino fueron, la violencia familiar (19.4%), tabaquismo (22.2%), y un inadecuado control prenatal (66.7%) ($P < 0.05$). Hubo diferencias estadísticamente significativas en relación al menor periodo intergenésico (2.7 versus 4.6), y menor estancia hospitalaria de los casos ($P < 0.05$). Hubo una asociación estadísticamente significativa de parto pretérmino asociado a una longitud cervical menor de 25 mm ($P < 0.05$).

Conclusiones: Los factores asociados al parto pretérmino fueron: el antecedente de violencia familiar, consumo de tabaco, inadecuado control prenatal, menor periodo intergenésico, y longitud cervical menor de 25mm.

Palabras clave: factores, parto pretérmino.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El parto pretérmino es un problema de salud pública en países desarrollados; y en países como el nuestro, el Parto Pretérmino no es diferente, sin embargo su impacto no es tan evidente, ya que tenemos otros problemas de salud de mayor gravedad, y sobre todo de impacto agudo y de urgente atención; diferentes a la prematuridad, cuyos efectos mórbidos se verán durante la infancia y época escolar principalmente (1).

En las últimas décadas, el problema de prematuridad lejos de disminuir su incidencia, se está incrementado; sin todavía tenerse claro los mecanismos que desencadenan el trabajo de parto pretérmino que es la principal causa de prematuridad; sabemos bastante de los factores de riesgo, sin embargo siguen inciertos los mecanismos que lo inician.

Desde el lado de la neonatología, los avances han sido grandes e importantes en la reducción de la mortalidad neonatal, sobre todo gracias al uso de los ventiladores neonatales y a la incorporación del surfactante en el armamento terapéutico; y por el lado de la Obstetricia, los avances no han sido muchos, pero el descubrimiento de la utilidad de los corticoides en el trabajo de parto pretérmino, a finales de los 60 y principios de los 70, ha mejorado notoriamente el pronóstico de los recién nacido

pretérminos(2).

Son muchos los trabajos, que informan el comportamiento clínico, epidemiológico y aun bioquímico del parto pretérmino; sin embargo los trabajos en el Perú respecto al tema son mínimos, y poco relevantes.

1.2.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El año 2000, Vásquez, publicó en la revista Gynaecia, un estudio epidemiológico, retrospectivo, descriptivo, analítico de los casos de parto pretérmino ocurridos en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé desde el 1 de Enero de 2004 y el 31 de Diciembre de 2008, en el cual se compararon los factores de riesgo presentes en la población de gestantes con parto antes del término según examen del recién nacido versus la población de gestantes que resultaron en partos con niños a término. La incidencia de partos pretérmino fue del 8.8%, siendo actualmente 9.5%. Además se encontró que las gestantes mayores de 34 años tenían una frecuencia de 15.9% de parto pretérmino en comparación con 10.1% de partos a término. Las gestantes que tuvieron finalmente el parto pretérmino tenían significativamente ausencia de CPN, y también una mayor tasa de cesáreas. (1)

En esa oportunidad se encontró que las patologías maternas asociadas al parto pretérmino y con valor significativo son preeclampsia (26%), 2 veces más frecuente; embarazo múltiple

(15.4%) 17 veces más frecuente y restricción de crecimiento intrauterino (7.7%) 3.8 veces más frecuente en partos pretérmino que en gestaciones a término. La valoración del Apgar a los 5 minutos con depresión moderada y severa fue mayor en parto pretérmino en comparación al parto a término, sin lograr tener valor estadístico significativo. La tasa de Mortalidad Perinatal I fue de 94.1/1000 n.v. (1).

En el 2002, J. Calderón y col. Realizaron un estudio de casos y controles en un Hospital de México, en el que la incidencia de partos pretérmino fue de 6.73%; no encontraron diferencias significativas en la edad, vía de interrupción del embarazo e incidencia de preeclampsia-eclampsia. Los factores asociados al parto pretérmino con diferencia significativa ($p \leq 0.05$) fueron el peso y la talla materna, la ruptura prematura de membranas, la cervicovaginitis, la hiperémesis gravídica, la infección de vías urinarias y la anemia (2).

Laffita A., Cuba - 2000, estudio los factores que influyen en el Apgar Bajo al Nacer, encontrando que un Apgar < 7 se relaciona a Prematurez, postmadurez y patologías maternas que alteran el intercambio gaseoso materno-fetal (HTA crónica, Asma bronquial, Infección urinaria). (3)

Smith y col en el 2003 en un estudio realizado en Escocia, evaluaron el periodo intergenésico y riesgo de parto prematuro, encontraron que las mujeres con intervalo intergenésico corto

tenían más posibilidades de tener un parto pretérmino extremo, un parto pretérmino moderado o muerte neonatal. Estas asociaciones se atenuaron al ajustarlas según edad materna, estado civil, altura, nivel socioeconómico, tabaquismo, peso del parto previo y cesárea previa, pero las asociaciones permanecieron significativas en los análisis de variables múltiples. Las fracciones ajustadas para estas asociaciones fueron de 6.1% (95% IC 1.9% a 10.2%) para partos pretérmino extremos, 3.9% (1.3% a 4.2%) para partos pretérmino moderados y 13.8% (0.2% a 25.6%) para muertes neonatales no relacionadas con anomalías fetales. Un intervalo intergenésico menor a 6 meses se asoció con un aumento del riesgo (en comparación con intervalos de 18 a 23 meses) de parto espontáneo pretérmino, entre 24-32 semanas (*odds ratio* 2.2, 95% intervalo de confianza 1.2 a 4.1) y entre 33 a 36 semanas (1.6, 1.2 a 2.2) (4).

Samartino y Col. En 2001 investigaron los Factores y marcadores de parto prematuro en un hospital de Argentina, encontrando una prevalencia del parto prematuro de 6 %. Evidenciaron que la anemia materna y el control prenatal inadecuado representan el 50% del total de los factores de riesgo para parto prematuro. Dentro de los marcadores de riesgo: RPM, antecedentes de RN<2.500g y Periodo intergenésico <1 año constituyen el 76.5% (5).

Robinson y Col, en el 2001, investigó la Epidemiología del Parto pretérmino, encontrando que el parto pretérmino está asociado a

factores como: parto pretérmino previo, cirugía cervical, abortos inducidos, infecciones cervicovaginales, gestación múltiple, edad materna, periodo intergenésico corto o prolongado, consumo de tabaco y sustancias tóxicas, raza y estado socioeconómico (6).

Iams y col, en el 2002, evaluaron la frecuencia de contracciones uterinas y riesgo de parto pretérmino espontáneo, y concluyeron que aunque la probabilidad de parto pretérmino aumenta con una mayor frecuencia de contracciones uterinas, la medición de esta frecuencia no es clínicamente efectiva para predecir el parto pretérmino (7).

La progesterona es una hormona que le impide al útero contraerse y participa en el mantenimiento del embarazo. Dodd JM., y col, evaluaron 7 estudios relacionados a la administración de progesterona y reducción del parto pretérmino, La revisión de los ensayos halló que cuando se administró progesterona (por inyección en el músculo en algunos estudios y como pesario en la vagina en otro estudio), los efectos fueron beneficiosos, e incluyeron la prolongación del embarazo, pero la información sobre los perjuicios potenciales resulta insuficiente. No se hallaron diferencias en cuanto a muerte perinatal entre pacientes que recibieron progesterona y placebo. (8)

Erny, et al. Llevaron a cabo un estudio en la década de los ochenta cuyo objetivo era determinar la importancia de la progesterona en el tratamiento de la amenaza del parto pretérmino. Relacionaron

los niveles plasmáticos de progesterona con la presencia de dinámica uterina y establecieron la siguiente hipótesis: Las variaciones hormonales a nivel plasmático no terminan el mecanismo tocolítico y es más probable que la relación estradiol/progesterona a nivel de miometrio y membranas fetales sean un elemento más preciso en la respuesta clínica (9).

Mazor, et al. Compararon los niveles plasmáticos de progesterona y los niveles en líquido amniótico en gestantes con síntomas de amenaza de parto pretérmino, sus resultados concluyeron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre aquellas gestantes que presentaron parto pretérmino y aquellas que parieron a término en cuanto a niveles de progesterona en plasma ni en líquido amniótico. Sin embargo, las concentraciones de 17beta estradiol tanto en plasma como en líquido amniótico fueron significativamente superiores en mujeres con parto pretérmino respecto a mujeres con parto a término (8 ng/ml vs. 3.5 ng/ml y 0.85 ng/ml vs 0.6 ng/ml respectivamente) (10).

La Infección intrauterina es una de las principales causas de parto pretérmino. Algunos estudios han demostrado que la infección se asocia con la prematurez en más del 50% de los casos. En 1985, Hillier y su grupo, realizaron un estudio prospectivo, en el que se demuestra en forma contundente una estrecha relación entre corioamnionitis histopatológica y paro pretérmino, lo que sugiere una infección oculta anteparto, que la mayoría de la mujeres en

estudio no tenían manifestaciones clínicas. La corioamnionitis histológica ha sido identificada en un 20 a 33% en mujeres con parto pretérmino y de 5 a 10 % en mujeres con parto a término (11).

1.3.- MARCO TEÓRICO

En 2007, la American Academy of Pediatrics y el American College of Obstetricians and Gynecologists, considerando que las contracciones uterinas solas pueden ser desorientadoras, propusieron los criterios para documentar el trabajo de Parto pretérmino: 1) cuatro contracciones en 20 min, u ocho en 60 minutos, más cambios progresivos del cuello uterino. 2) Dilatación cervicouterina de más de 1 cm. 3) Borradura del cuello uterino de 80% o más (8,11).

En general, el PPT se divide en dos categorías: El PPT espontáneo (80%) el cual es una enfermedad multifactorial, con múltiples presentaciones clínicas que incluyen el trabajo de parto pretérmino (TPPT) en el 50% de los casos y la rotura prematura de membranas ovulares (RPMO) en el 30% de los mismos. El Resto de los PPT (20%) nacen debido a enfermedades maternas o fetales como por ejemplo: Preeclampsia-eclampsia, Placenta previa (PP), desprendimiento prematuro de placenta (DPP), RCIU, etc. (11)

Las muertes perinatales, en un 75 % son causadas por la prematuridad, de ahí que la medida más importante para reducirlas

es la lucha contra el parto pretérmino (12).

Los avances en el conocimiento del inicio del trabajo de parto, o los mecanismos que iniciarían las modificaciones cervicales y luego la dinámica uterina, no están claras, sin embargo, las líneas de investigación están orientadas, en dos frentes, en primer lugar, el trabajo de parto como expresión de un mecanismo inflamatorio, no necesariamente infeccioso, y en segundo lugar, como una anticipación del inicio de la regulación endocrinológica que intervienen en el trabajo de parto normal.

Por el lado endocrinológico, se ha asociado al aumento de la concentración plasmática de estrógeno, como el disparador del inicio del trabajo de parto; simultáneamente se ha observado sobre todo en la mayoría de mamíferos, una disminución de la concentración de progesterona.

Otras hormonas asociadas, son las catecolaminas, especialmente el cortisol, pues se ha observado que el estrés, es un evento que iniciaría las contracciones uterinas, esto es más evidente cuando se demuestra la síntesis de cortisol en las membranas corioamnióticas, en gestantes con trabajo de parto pretérmino; y aun más interesante fue el hallazgo en relación al dosaje de CRH, y aun más al observarse que el número de receptores para CRH, en el miometrio, se multiplican por 200 en los estadios finales de la gestación (10, 11,13).

Y obviamente la oxitocina, desde la primera mitad del siglo XX, ha

sido la hormona más directamente relacionada con el trabajo de parto, pues esta, es la que permite el ingreso de calcio dentro de las células uterinas, para conducir toda la fisiología de las contracciones uterinas.

Los reportes más actuales, sobre la fisiopatología del trabajo de parto pretérmino, explican que el fenómeno de modificaciones cervicales en el trabajo de parto pretérmino, en particular, y por supuesto en el de a término, son fenómenos bioquímicos que anteceden en 2 o 3 semanas al inicio de contracciones uterinas, y estos cambios se deben al inicio de proceso inflamatorios a nivel cervical y membranas corioamnióticas, tal como se observa en los dosajes de citoquinas proinflamatorias y antiinflamatorias en el cerviz, secreción cervical, líquido amniótico e incluso concentraciones plasmáticas; es muy fuerte la información, que atribuye el desencadenamiento del proceso inflamatorio, a las infecciones locales ascendentes, transcervicales, como la vaginosis bacteriana, la clamidias, y otras vulvovaginitis(14).

La Infección intrauterina es una de las principales causas de parto pretérmino. Algunos estudios han demostrado que la infección se asocia con la prematurez en más del 50% de los casos. La Infección intrauterina también puede ser responsable de algunas complicaciones neurológicas neonatales, como leucomalacia periventricular (16).

Según últimos estudios, hay evidencias crecientes que la infección

juega un rol en la patogénesis del parto prematuro. La vaginosis bacteriana, la bacteriuria asintomática, la infección intrauterina y corioamnionitis clínica se relacionan con parto prematuro. La prevalencia promedio de la infección intraamniótica en el parto prematuro con membranas intactas, reportada en la literatura es de 5 – 15 % pero varios de estos estudios utilizaron pesquisas microbiológicas incompletas. En la mayoría de estas investigaciones no se examinó la prevalencia de infecciones del tracto genital inferior.

Existen 4 causas claramente reconocidas del trabajo de parto pretérmino: La infección sistémica e intrauterina, el estrés materno o fetal, la hemorragia coriodecidual y la sobredistensión uterina (16,18).

La presentación clínica del parto pretérmino está mediada por los siguientes mecanismos: activación del miometrio, maduración cervical y activación de la unión coriodecidual. Para realizar el diagnóstico de TPPT se utilizan marcadores Clínicos y Bioquímicos. Dentro de los marcadores clínicos se consideran a la Edad gestacional de 22 a 36 semanas, contracciones uterinas frecuentes e intensas, cambios cervicales como borramiento y dilatación. Los marcadores Bioquímicos incluyen las citoquinas cervicovaginales, las proteasas séricas y cervicovaginales, los indicadores de estrés materno-fetal (Hormona liberadora de corticotropina, CRH, el estriol y el estradiol en plasma, orina o

saliva) y un elemento de la interfase coriodecidual de la matriz colágena extracelular llamado fibronectina fetal (20,21).

La prematuridad, en sus tres vertientes de tratamiento: anteparto, intraparto y post-nacimiento, representa uno de los mayores desafíos con que se enfrentan obstetras y pediatras. El tratamiento durante la gestación del parto pretérmino se basa en la instauración de la terapia uteroinhibidora. Estudios recientes informan que la utilización de agentes tocolíticos no se ha traducido en una reducción significativa del parto prematuro ni de la morbimortalidad neonatal.

Se considera que el Parto pretérmino, no sólo es un problema obstétrico, sino también neonatal, ya que está asociado a un alto índice de morbilidad neonatal a corto y largo plazo, considerándose así como la primera causa de morbilidad neonatal

Las Principales complicaciones a corto plazo asociadas a la prematurez son: el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), la hemorragia intraventricular (HIV), la leucomalacia periventricular, la enterocolitis necrotizante, la displasia broncopulmonar, la sepsis y la persistencia del ductus arterioso. Por otro lado la morbilidad a largo plazo incluye: la parálisis cerebral, el retardo mental, la retinopatía del prematuro, la epilepsia, la ceguera, la sordera, y la educación especial (16, 17,19).

El pronóstico perinatal del recién nacido pretérmino es aun más desfavorable si además cursa con corioamnionitis clínica, y muy

recientemente se ha asociado con gran significación estadística la presencia de corioamnionitis histológica, que se define como la presencia de inflamación aguda con células inflamatorias de ambas capas de las membranas corioamnióticas, con signos de asfixia por hipoxia, probablemente inducida por el proceso inflamatorio.

1.4 HIPOTESIS

H₁: Existen factores asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo comprendido de Mayo del 2012 a Mayo del 2013.

H₀: No existen factores asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo comprendido de Mayo del 2012 a Mayo del 2013.

1.5.- OBJETIVOS

1.5.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Mayo del 2012 a Mayo del 2013.

1.5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar los factores maternos asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Mayo del 2012 a Mayo del 2013.

Determinar los factores neonatales asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Mayo del 2012 a Mayo del 2013.

Calcular el valor predictivo de la Longitud Cervical para la predicción del parto dentro de los 7 días o antes de las 37 semanas de gestación.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1.- TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio retrospectivo, de tipo descriptivo, transversal.

2.2.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio descriptivo de casos y controles

Casos: pacientes que tuvieron parto pretérmino en el Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo que corresponderá al estudio.

Controles: pacientes que tuvieron parto a término en el Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo que corresponderá al estudio.

2.3.- UNIVERSO

Todas las gestantes con Amenaza de parto Pretérmino que acudieron y se hospitalizaron en el Hospital Docente Madre Niño – San Bartolomé durante el periodo Mayo del 2012 a Mayo del 2013. El estudio se desarrollará en el Hospital nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé de la ciudad de Lima. Se trata de un Hospital de nivel terciario con más de 7000 nacimientos anuales, en el año 2007 con prevalencia del bajo peso (<2500) del 7,7%, muy bajo peso (<1500) del 1.4% y prematurez (<37 sem) del 10.4 %.

2.4.- MUESTRA

Toda la población que cumpla con los criterios de inclusión.

2.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todas las gestantes hospitalizada con el diagnóstico de Amenaza de parto pretérmino (APP), en el Dpto. de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé entre Mayo del 2012 a Mayo del 2013.

Historia clínica completa.

2.6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Historia clínica incompleta o pérdida de la misma.

Pacientes referidas de otros centros, con manejo tocolítico ya iniciado.

Pacientes con antecedente de Conización

Cirugía abdominal realizada durante los últimos 6 meses antes del parto.

Anomalías congénitas no compatibles con la vida.

Partos con Óbito Fetal

2.7.- DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

DEPENDIENTE

Parto pretérmino

INDEPENDIENTES

Factores Demográficos

Antecedentes Gineco-obstétricos

Peso preconcepcional.

Infecciones

Control Prenatal

Complicaciones médicas y/o Obstétricas.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.							
	Nombre de la Variable	Definición Operativa	Naturaleza	Nivel de Medición	Nivel Operativo	Fuente	
Variable dependientes	Parto prematuro	Nacimiento entre 28 y 37 semanas	Cualitativa	Nominal	Si /no	ficha de recolección de datos	
	Vía de culminación	Forma de culminar el embarazo	Cualitativa	Nominal	Vaginal /Cesárea		
Variables independientes	Factores demográficos	Edad	Cuantitativa	Razón	Menor 15 ^a / 15 a 35/ mayor 35 ^a		
		Nivel socioeconómico	Cuantitativa	Ordinal	Alta / Baja		
		Grado de Instrucción	Cuantitativa	Ordinal	Analfabeta / Primaria/S ecundaria/ Superior		
		Estado civil	Cualitativa	Nominal	Soltera/ casada/ conviviente/ separada		
	Antecedentes G-o	PPT		cualitativo	Nominal		Si / No
		Abortos		Cualitativo	Nominal		Si / No
		Alteraciones cérvix		Cualitativo	Nominal		Si / No
		Malformaciones Uterinas		Cualitativo	Nominal		Si / No
	Periodo Intergenésico	Tiempo entre 2 gestaciones		Cuantitativo	Ordinal		Corto/normal/ Prolongad
	Bajo Peso preconcepcional	IMC menos 19.8		Cualitativa	Nominal		Si / no
	Infecciones	Genital		Cualitativa	Nominal		Si / No
		Urinaria		Cualitativo	Nominal		Si / No
		Intraamniótica		Cualitativo	Nominal		Si/No
	Control prenatal	Controles médicos		Cualitativo	Nominal		Adecuado /Inadecuado
Complicaciones Medicas	Complicaciones durante el embarazo		Cualitativo	Nominal	Si / No		
Complicaciones Obstétricas	Propias del Embarazo		Cualitativo	Nominal	Si / No		

2.8.- RECOLECCIÓN DE DATOS

2.8.1.- TÉCNICA

Previa autorización de la Oficina de Investigación, Capacitación y Docencia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé se procederá a la búsqueda de la Población de Estudio

en la Base de Datos del SGH (sistema de gestión hospitalaria) se aplicaran los siguientes instrumentos que están validados en base a estudios previos, y también porque a juicio de expertos son instrumentos aplicables a la población de estudio.

2.8.2.- INSTRUMENTO

Toda la información obtenida en base a las variables planteadas fue recopilada en una Ficha de Recolección de Datos de elaboración propia (ver anexo).

2.9.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizará el programa SPSS 21.0 para elaborar la base de datos y el procesamiento de los mismos. Para el análisis se empleará estadística descriptiva presentando los datos en tablas de contingencia, determinando el OR con un Intervalo de confianza de 95 %. Se evaluará la asociación de las variables por estadística inferencial mediante el Test del Chi cuadrado con un nivel de significación estadística $P < 0.05$.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Nuestro estudio estuvo conformado por 36 casos, y 48 controles, observamos que las variables que mostraron significancia con el parto pretérmino fueron, la violencia familiar (19.4%), tabaquismo (22.2%), y un inadecuado control prenatal (66.7%) (P<0.05).

TABLA N°01 PARTO PRETERMINO SEGÚN FACTORES MATERNOS								
		CASO-CONTROL				OR	IC	P
		CASO		CONTROL				
		N	%	N	%			
EDAD	16 - 35 AÑOS	30	83.3%	42	87.5%	NS		
	MAYOR 35	6	16.7%	6	12.5%			
EDAD GESTACIONAL	28 - 30	6	16.7%	4	8.3%	NS		
	31 - 32	0	.0%	4	8.3%			
	33 - 34	6	16.7%	16	33.3%			
	35 - 36	24	66.7%	24	50.0%			
GRADO DE INSTRUCCION	PRIMARIA	0	.0%	4	8.3%	NS		
	SECUNDARIA	30	83.3%	38	79.2%			
	SUPERIOR	6	16.7%	6	12.5%			
OCUPACION	AMA DE CASA	30	83.3%	38	79.2%	NS		
	FUERA DE CASA	6	16.7%	10	20.8%			
VIOLENCIAFAMILIAR	SI	7	19.4%	2	4.2%	2	1.2-3.1	P<0.05
	NO	29	80.6%	46	95.8%			
TABAQUISMO	SI	8	22.2%	2	4.2%	2.1	1.3-3.2	P<0.05
	NO	28	77.8%	46	95.8%			
CPN	ADECUADO	12	33.3%	32	66.7%	0.4	0.2-0.7	P<0.05
	INADECUADO	24	66.7%	16	33.3%			
IMC PRECONCEPCIONAL	BAJO (MENOS19.8)	0	.0%	4	8.3%	NS		
	NORMAL (19.8 - 26)	30	83.3%	32	66.7%			
	SOBREPESO (26.1 - 28.9)	6	16.7%	2	4.2%			
	OBESIDAD (MAYOR 29)	0	.0%	10	20.8%			
GANANCIA DE PESO	INADECUADA	12	33.3%	18	37.5%	NS		
	ADECUADA	12	33.3%	12	25.0%			
	EXCESIVO	12	33.3%	18	37.5%			
DINAMICA UTERINA	MENOS 4/20	30	83.3%	12	25.0%	NS		
	2/20'	6	16.7%	14	29.2%			
	MAS 4/20'	0	.0%	22	45.8%			
MADURACION SISTEMICA	SI	12	33.3%	20	41.7%	NS		
	NO	24	66.7%	28	58.3%			
VIA DE TERMINACION	VAGINAL	0	.0%	20	41.7%	NS		
	CESAREA	0	.0%	26	54.2%			
	NO CULMINO EL EMBARAZO	36	100.0%	2	4.2%			
GRUPO SANGUINEO	O POSITIVO	36	100.0%	44	91.7%	NS		
	A POSITIVO	0	.0%	4	8.3%			
PATOLOGIA MATERNA ASOCIADA	NINGUNA	24	66.7%	14	29.2%	NS		
	ANEMIA	0	.0%	24	50.0%			
	ITU	12	33.3%	6	12.5%			
	HG	0	.0%	2	4.2%			
	RUPTURA DE MEMBRANAS	0	.0%	2	4.2%			

Fuente: ficha de recolección de datos

Encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación al mayor periodo intergenésico (4.6 versus 2.7), y a la menor estancia hospitalaria de los casos, lo cual fue estadísticamente significativo ($P < 0.05$).

TABLA N°02			
PERIODO INTERGENESICO Y ESTANCIA HOSPITALARIA SEGÚN PARTO PRETERMINO			
CASO-CONTROL		PERIODO INTERGENESICO	ESTANCIA HOSPITALARIA
CASO	MEDIA	2.7667	2.1667
	N	36	36
	DESV. TÍP.	3.82473	.69693
	MÍNIMO	.00	1.00
	MÁXIMO	11.00	3.00
	% DEL TOTAL	42.9%	42.9%
CONTROL	MEDIA	4.6917	5.2917
	N	48	48
	DESV. TÍP.	2.91700	5.91773
	MÍNIMO	.00	1.00
	MÁXIMO	13.00	27.00
	% DEL TOTAL	57.1%	57.1%
TOTAL	MEDIA	3.5952	3.9524
	N	84	84
	DESV. TÍP.	3.44359	4.73873
	MÍNIMO	.00	1.00
	MÁXIMO	13.00	27.00
	% DEL TOTAL	100.0%	100.0%
P		P<0.05	P<0.05

Fuente: ficha de recolección de datos

No encontramos factores neonatales asociados a parto pretérmino, pues observamos que muchos de ellos no tenían los datos completos.

TABLA N°03								
PARTO PRETERMINO SEGÚN FACTORES NEONATALES								
		CASO-CONTROL				OR	IC	P
		CASO		CONTROL				
		N	%	N	%			
SEXO DEL RECIEN NACIDO	MASCULINO	21	58.3 %	25	52.1 %	NS		
	FEMENINO	15	41.7 %	23	47.9 %			
EG CAPURRO	SIN DATOS	36	100.0 %	0	.0 %	NS		
	28 - 30	0	.0 %	2	4.2 %			
	33 - 34	0	.0 %	14	29.2 %			
	35 - 36	0	.0 %	30	62.5 %			
	37.00	0	.0 %	2	4.2 %			
PESO	SIN DATOS	36	100.0 %	0	.0 %	NS		
	PEG	0	.0 %	10	20.8 %			
	AEG	0	.0 %	38	79.2 %			
APGAR	NO DATOS	36	100.0 %	0	.0 %	NS		
	NORNAL	0	.0 %	44	91.7 %			
	DEPRIMIDO RECUPERACION RAPIDA	0	.0 %	2	4.2 %			
	DEPRIMIDO RECUPERACION LENTA	0	.0 %	2	4.2 %			
MORBILIDAD NEONATAL	SIN DATOS	36	100.0 %	0	.0 %	NS		
	NEC	0	.0 %	2	4.2 %			
	PERSIST. DUCTOS ARTERIOSO	0	.0 %	2	4.2 %			
	MALFORMACION FETAL	0	.0 %	6	12.5 %			
	NINGUNO	0	.0 %	38	79.2 %			
LIQUIDO AMNIOTICO	SIN DATOS	36	100.0 %	0	.0 %	NS		
	CLARO	0	.0 %	46	95.8 %			
	VERDE FLUIDO	0	.0 %	2	4.2 %			
INGRESO A UCI	SI	0	.0 %	4	8.3 %	NS		
	NO	12	33.3 %	44	91.7 %			

Fuente: ficha de recolección de datos

Encontramos una asociación estadísticamente significativa de parto pretérmino asociado a una longitud cervical menor de 25 mm (P<0.05).

TABLA N°01								
PARTO PRETERMINO SEGÚN LONGITUD CERVICAL								
		CASO-CONTROL				OR	IC	P
		CASO		CONTROL				
		N	%	N	%			
LONGITUD CERVICAL	<25MM	14	38.9%	2	4.2%	2.7	1.8-3.9	P<0.05
	>25MM	22	61.1%	46	95.8%			

Fuente: ficha de recolección de datos

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Encontramos que los factores asociados a parto pretérmino estuvieron relacionados con la madre así tenemos que en el grupo de los casos hubo un pobre control prenatal, las madres eran fumadoras en su mayoría e inferimos que provienen de familias disfuncionales, por lo que concordamos con lo reportado Vásquez, quien realizó un estudio epidemiológico, retrospectivo, descriptivo, analítico de los casos de parto pretérmino ocurridos en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, en el cual se compararon los factores de riesgo presentes en la población de gestantes con parto antes del término según examen del recién nacido versus la población de gestantes que resultaron en partos con niños a término. La incidencia de partos pretérmino fue del 8.8%, siendo actualmente 9.5%. Además se encontró que las gestantes mayores de 34 años tenían una frecuencia de 15.9% de parto pretérmino en comparación con 10.1% de partos a término. Las gestantes que tuvieron finalmente el parto pretérmino tenían significativamente ausencia de CPN, y también una mayor tasa de cesáreas. (1)

En nuestro estudio encontramos que la patología materna asociada a parto pretérmino fue la infección urinaria (33.3%), dato que se relaciona con lo reportado por J. Calderón y col. quienes no encontraron diferencias significativas en la edad, vía de

interrupción del embarazo e incidencia de preeclampsia-eclampsia. Los factores asociados al parto pretérmino con diferencia significativa ($p \leq 0.05$) fueron el peso y la talla materna, la ruptura prematura de membranas, la cervicovaginitis, la hiperémesis gravídica, la infección de vías urinarias y la anemia (2).

En nuestro estudio no tenemos datos del Apgar e3n los pretérminos, por lo que diferimos con lo reportado por Laffita A., quien refiere que los factores que influyen en el Apgar Bajo al Nacer, encontrando que un Apgar < 7 se relaciona a Prematurez, postmadurez y patologías maternas que alteran el intercambio gaseoso materno-fetal (HTA crónica, Asma bronquial, Infección urinaria). (3)

Encontramos que hubo una diferencia estadísticamente significativa de menor periodo intergenésico (2.7 versus 4.7) asociado a parto pretérmino, por lo que nuestros datos se asemejan con lo reportado por Smith y col quienes en un estudio realizado en Escocia, evaluaron el periodo intergenésico y riesgo de parto prematuro, encontraron que las mujeres con intervalo intergenésico corto tenían más posibilidades de tener un parto pretérmino extremo, un parto pretérmino moderado o muerte neonatal. Estas asociaciones se atenuaron al ajustarlas según edad materna, estado civil, altura, nivel socioeconómico, tabaquismo, peso del parto previo y cesárea previa, pero las asociaciones permanecieron significativas en los análisis de variables múltiples. (4).

Encontramos que el control prenatal inadecuado con un periodo intergenésico corto están asociados a parto pretérmino, por lo que coincidimos con lo reportado por Samartino y Col. quienes evidenciaron que la anemia materna y el control prenatal inadecuado representan el 50% del total de los factores de riesgo para parto prematuro. Dentro de los marcadores de riesgo: RPM, antecedentes de RN<2.500g y Periodo intergenésico <1 año constituyen el 76.5% (5).

Encontramos en nuestro estudio que el consumo del tabaco estuvo asociado a parto pretérmino, por lo que coincidimos con lo reportado por Robinson y Col, quienes refieren que el parto pretérmino está asociado a factores como: parto pretérmino previo, cirugía cervical, abortos inducidos, infecciones cervicovaginales, gestación múltiple, edad materna, periodo intergenésico corto o prolongado, consumo de tabaco y sustancias tóxicas, raza y estado socioeconómico (6).

No encontramos asociación de parto pretérmino con las contracciones uterinas por lo que diferimos con lo reportado por Iams y col, quienes evaluaron la frecuencia de contracciones uterinas y riesgo de parto pretérmino espontáneo, y concluyeron que aunque la probabilidad de parto pretérmino aumenta con una mayor frecuencia de contracciones uterinas, la medición de esta frecuencia no es clínicamente efectiva para predecir el parto pretérmino (7).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.- CONCLUSIONES

Los factores asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Mayo del 2012 a Mayo del 2013 fueron: el antecedente de violencia familiar, consumo de tabaco, inadecuado control prenatal, menor periodo intergenésico, y longitud cervical menor de 25mm.

5.2.- RECOMENDACIONES

Proponer medidas de control domiciliario para las pacientes de riesgo, que no acuden al control prenatal, fumadoras y provenientes de familias disfuncionales.

CAPÍTULO VI

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Vázquez Gómez G. Epidemiología del Parto Pretérmino en el Hospital San Bartolomé. *Gynaecia Set* 2000; 1(2):12-9.
2. Calderón y col. Factores de Riesgo materno asociados al parto pretérmino. *Rev Ded IMSS* 2005; 43 (4): 339-42.
3. Laffita B. Alfredo. Factores que influyen en el Apgar bajo al nacer, en el Hospital América Arias de la Habana, Cuba 2000. *Rev Chil. Obstet Ginecol* 2005; 70 (6): 359-63.
4. Smith GC, Pell JP, Dobbie R. Interpregnancy Interval and Risk of Preterm Birth and Neonatal Death: Retrospective Cohort Study. *BMJ* 327:313, Ago 2003.
5. Samartino, A. y col. Parto prematuro: Factores y Marcadores de riesgo. Hospital sub Zonal a Isola. Puerto Madryn Chubut. Argentina.
6. Robinson JN; Regan JA; Norwitz ER. The epidemiology of preterm labor. *Semin Perinatol*; 25(4):204-14, 2001.
7. Iams JD, Newman RB, Thom EA, Goldenberg RL, Mueller Heubach E, Moawad A, Sibai BM, Caritis SN, Miodovnik M, Paul RH, Dombrowski MP, Mc Nellis D. Frequency of uterine contractions and the risk of spontaneous preterm delivery. *New England J of Medicine* 2002; 346: 250-255.
8. Dodd JM, Flenady V, Cincotta R, Crowther CA. Administración prenatal de progesterona para la prevención del parto prematuro

- (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
9. R. Emy, A. Pigne, C. Prouvost, M. Gamberre, C. Malet, H. Serment, J. Barrat. The effects of oral administration of progesterone por premature labor. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 154:525-9.
 10. Mazor M, Hershkowitz R, Ghezzi F, Cohen J, Silver A, et al. Maternal plasma and amniotic fluid 17 beta estradiol, progesterone and cortisol concentrations in women with successfully and unsuccessfully treated preterm labor. *Arch Gynecol Obstet* 2006; 258(2):89-96.
 11. Laterra, C. y col. Guía de Prácticas clínicas. Amenaza Parto Prematuro. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 2003, 22(1)
 12. María Eugenia Hübner G, Rodrigo Ramírez F. Sobrevida, viabilidad y pronóstico del prematuro. *Rev Méd Chile* 2002; 130: 931-8.
 13. C. E. Carrillo y A. Wong. Factores asociados al embarazo pretérmino a nivel del mar y la altura. *Acta Andina* 2004; 3 (1): 19 – 28.
 14. Wilfredo Villamonte, Nelly Lam, Eliana Ojeda. Factores de riesgo del parto pretérmino. Instituto materno perinatal. *Ginecología y Obstetricia* 2001; 47(2):12-9.
 15. Castaldi JL, Bertin MS, Giménez F, Lede R. Enfermedad

- periodontal: ¿es factor de riesgo para parto pretérmino, bajo peso al nacer o preeclampsia? Rev Panam Salud Pública. 2006; 19(4):253-8.
16. Lucía Yáñez-Velasco y col. Infección durante el embarazo como factor causal de ruptura prematura de membranas y de parto pretérmino Salud Pública Méx 1989; 31(3):288-97.
 17. Quesada E. y col. Maduración pulmonar fetal. Tratamiento prenatal con corticoides. Pautas y dosis. Hospital universitario de Sant Joan de Déu Barcelona .Ginecología y Obstetricia clínica 2002; 3 (4): 182-6.
 18. Boris Furmana, Ilana Shoham-Vardib, Asher Bashiria, Offer Ereza, Moshe Mazora Significación clínica y resultado de la rotura prematura de membranas pretérmino: estudio basado en la población. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (Ed. Española) 2001; 1: 122-9.
 19. Karl Kuban, MD Ulana Sanocka, MD White matter disorders of prematurity: Association with intraventricular hemorrhage and ventriculomegaly. J Pediatr 2009; 134:539-46.
 20. Mercer B.M., Goldenberg. The preterm prediction study: A clinical risk assessment system. Am J Obstet Gynecol.2006; 174:1885 – 95.
 21. Goldenberg Robert, Iams Jay, Menachem Miodovnik. The preterm prediction study: Risk factors in twin gestation. Am J Obstet Gynecol.2006; 175: 1047 – 53.

CAPÍTULO VII

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

Parto pretérmino: El parto pretérmino o prematuro es definido por la edad gestacional como un subrogado de la madurez. Es todo parto que ocurra antes de la semana 37 o antes de los 259 días posconcepcionales. No se debe aproximar hacia arriba. El paciente que tiene 36 semanas y 6/7 días es un prematuro menor de 37 semanas. A su vez la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado a los niños prematuros de acuerdo con su edad gestacional en:

- a) Prematuro general: < 37 semanas.
- b) Prematuro tardío: de la semana 34 con 0/7 días a la semana 36 con 6/7 días.
- c) Muy prematuro: aquellos nacidos antes de las 32 semanas.
- d) Extremadamente prematuro: menores de 28 semanas.

Edad gestacional: Duración de la gestación desde la fecha del inicio del último período menstrual hasta el día de la pérdida gestacional, expresada en semanas.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

FACTORES ASOCIADOS A AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

Fecha:

MADRE:

HC:

- | | | | |
|--|----|----|----|
| | a) | b) | c) |
|--|----|----|----|
1. Edad
 - a) Menos 15
 - b) 16 – 35 a
 - c) Mayor 35
 2. Edad Gestac.
 - a) 28 – 30
 - b) 31 – 32
 - c) 33 – 34
 - d) 35 – 36
 3. G° Instrucc
 - a) Analfabeto
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Superior
 4. Ocupación
 - a) Ama de Casa
 - b) Fuera de casa
 5. Violencia Familiar
 - a) No
 - b) Si: - Física - Psíquica
 6. Tabaquismo de cigarros
 - a) No
 - b) Si 1. Pasivo 2. Activo
 7. CPN:

	EG inicio	N°
a. CS		
b. HSB		
c. TOTAL		

 - a) Adecuado
 - b) Inadecuado
 8. IMC preconcepcional
 - a) Bajo (Menos 19.8)
 - b) Normal (19.8 – 26)
 - c) Sobrepeso (26.1 – 28.9)
 - d) Obesidad (mayor 29)
 9. Ganancia de Peso:
 - a) Inadecuado
 - b) adecuado
 - c) exceso
 10. Periodo Intergenésico.
 11. Formula Obstétrica

G. P

*AT. V. C.

*PT. V. C.

*AB.

*V.
 12. Long Cx
 - a) Menor 15 mm
 - b) 15 a 24mm
 - c) 25 a 35 mm
 - d) Mayor 35 mm
 13. Dinámica Uterina:
 - a) menos 4/20
 - b) 4/20'
 - c) más 4/20'
 14. Tocólisis
 - a) NO
 - b) Si
 1. Nifedipino.....dosis
 2. Sulf Magnesio.....horas
 3. Indometacina..... dosis
 15. Maduración Sistémica
 - a) No
 - b) Si: 1^a 2^a
 16. Vía de terminación
 - a) Vaginal
 1. Sin Episiotomía
 2. Con Episiotomía
 - b) Cesárea
 17. Estancia hospitalaria.....días
 1. Parto.....días
 2. Postparto.....días
 18. Grupo sanguíneo:
 1. O a) Negativo
 2. A b) Positivo
 3. B
 4. AB

Patología materna asociada

	A: no	B	C	D
Anemia		Leve	Moderada	Severa
ITU		E.O.C:	Urocu:	
HG		HIG	PE	HELLP
Bajo Peso pregravidado				
Infección Vaginal Test Vag		Micosis	Vagin. Bacteriana	Mixta
Hemorr 2ª mitad E				
Anomalías Útero-cervicales		IOC	Malformaciones	Miomas
Alteraciones L.A. ILA :		OLIGO	POLI	
Alteraciones Placenta		Implantación	Morfología	Funcionales
Ruptura Membranas		Menos 6h	Entre 6 y 24 h	Mas 24 h
Enferm. Periodontal		Gingivitis	Caries	Periodontitis
Corioamnionitis				
13. Amenaza de aborto				

NEONATO

HC:.....

1. Sexo a) M b) F
2. EG Capurro a) 28 – 30
b) 31 – 32
c) 33 – 34
d) 35 – 36
3. Peso: a) PEG
b) AEG
c) GEG

	UCI	HOSPIT
Días		
Semanas		
Meses		

4. Talla:
5. PC:.....
6. Apgar:

	1´	5´
a) Menor 3		
b) 3 a 7		
c) Mayor 7		

- A. Normal
- B. Deprimido R Rápida
- C. Deprimido R Lenta

7. **Morbilidad neonatal:**
 - a) Infección: Sepsis Neonatal
 - b) NEC
 - c) HIV
 - d) SDR
 - e) Salam
 - f) Persist. Ductos arterioso
 - g) Trastorno Metabólico
 - h) Lesión Neuronal
 - i) Malform. fetal
 - j) Hemorragias

8. Líquido Amniótico
 - a) Claro
 - b) Verde Fluido
 - c) Verde Meconial

9. Ingreso a UCI: a) No b) Si

10. Estancia Hospitalaria

