

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.
SEDE CENTRAL.
FACULTAD DE MEDICINA.
ESCUELA DE MEDICINA.**



**PATOLOGÍAS ASOCIADAS A PRESENTACIÓN DE PARTOS PREMATUROS, EN
PACIENTES DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR
CUYULTITÁN, SAN JUAN TALPA Y TAPALHUACA, ENERO 2013 - JUNIO 2015.**

Presentado por:

**MEJÍA LÓPEZ, LENNY EMERSON.
MENJÍVAR SAMAYOA, CARLOS ERNESTO.
RAMÍREZ RIVERA, ERIKA MARISYA.**

Para Optar al Título de:
DOCTOR EN MEDICINA.

Asesor:

DRA. GÓMEZ DE PADILLA, DINA GUADALUPE.

San Salvador, Octubre de 2015.

AGRADECIMIENTOS.

Los autores de este trabajo de investigación expresan su agradecimiento a Dios todo poderoso por la vida y ser guía en cada decisión tomada, los familiares por el apoyo incondicional y oportunidad de contribuir económica y emocionalmente a la preparación profesional; así como, a los docentes de las distintas materias cursadas a lo largo de la carrera universitaria por su dedicación a la formación integral de los futuros profesionales de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador y a la asesora del trabajo de investigación por su interés y valiosos aportes teórico-técnicos en la elaboración de este trabajo.

A todos ellos y ellas, infinitas gracias.

Lenny Mejía.

Carlos Menjívar.

Marisya Ramírez.

DEDICATORIA.

La presente tesis está dedicada a la Universidad de El Salvador y a todas aquellas personas que de una u otra forma han contribuido al avance y superación profesional de los participantes del trabajo de investigación; su sabiduría, dedicación y compasión siguen inspirándonos todos los días.

INDICE

I. RESUMEN.	.....	1
II. INTRODUCCION.	.....	2
III. OBJETIVOS.	.....	4
IV. MARCO TEORICO.		
1. Definición.	.....	5
2. Etiología.	.....	5
3. Fisiopatología.		
3.1. Factores sociodemográficos.	.....	6
3.2. Factores epidemiológicos.	.....	8
3.3. Patologías de la madre.	.....	11
3.4. Patologías de la placenta.	.....	17
3.5. Patologías fetales.	.....	18
V. HIPOTESIS.	.....	19
VI. DISEÑO METODOLOGICO.	.....	20
VII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	.....	27
VIII. CONCLUSIONES.	.....	57
IX. RECOMENDACIONES.	.....	58
X. BIBLIOGRAFIA.	.....	60
XI. ANEXOS.	.....	61

I. RESUMEN.

Se estudiaron 17 mujeres que verificaron parto prematuro (PP) en el periodo comprendido entre Enero 2013 – Junio 2015, con controles prenatales en Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) Cuyultitán, San Juan Talpa y Tapalhuaca; con el propósito de identificar las principales patologías asociadas a PP; estableciendo características sociodemográficas, aspectos epidemiológicos y patologías de la madre, placenta o feto; indagando la tendencia de la problemática en los últimos 3 años, del área de influencia del equipo investigativo.

La investigación se realizó a través de la revisión de expedientes clínicos, hojas de retorno y libro de prematuros, mediante el llenado de lista de cotejo; realizando vaciado de información en tabla matriz (programa EXCEL), para elaboración de gráficos, análisis y discusión de resultados.

Se identificó un aumento del número de partos prematuros entre las 34-36 semanas de amenorrea en el presente año, en comparación con los años 2013 y 2014, en las tres UCSF en estudio.

El perfil sociodemográfico de la población estudiada son mujeres entre 19 – 35 años de edad, dedicadas a oficios domésticos y bachilleres pertenecientes al área rural. Del perfil epidemiológico se identificó una distribución similar entre nulíparas y multíparas, de estas últimas se encontraron periodos intergenésicos anormales, amenazas de PP y antecedentes de PP. Las patologías que se encontraron asociadas a PP, son infecciones de vías urinaria, problemas odontológicos en los que destacan las caries dentales, estas dos relacionadas con Ruptura Prematura de Membranas y los trastornos hipertensivos del embarazo.

II. INTRODUCCIÓN

La salud de las madres y los recién nacidos está intrínsecamente relacionada, por lo que se han creado múltiples estrategias de intervención, con el fin de disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil, entre ellas se encuentran el control preconcepcional, la atención prenatal y la asistencia en el parto por personal calificado, buscando lograr una maternidad segura y el mejor desarrollo del recién nacido.

Según la OMS, parto pretérmino es el parto que ocurre después de la semana 22 y antes de las 37 semanas completas, dividiéndose en parto inmaduro y en parto prematuro.

Se ha estudiado que el parto prematuro puede tener un origen multifactorial. Entre los factores etiológicos se incluyen las condiciones médicas de la madre o del feto, las infecciones maternas, influencias genéticas, exposición a riesgos ambientales, tratamientos de infertilidad, factores socioeconómicos y prematuridad iatrogénica.

En el 2010 la tasa de nacimientos prematuros por 100 nacimientos en El Salvador fue de 12.8.¹ Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos.² Entre las complicaciones obstétricas relacionadas con partos prematuros en un estudio del Parkland Hospital en 2008 se encuentran: trabajo de parto espontáneo 45%, rotura espontánea de membranas 35%, hipertensión 13%, complicaciones fetales 2%, desprendimiento prematuro de placenta 1%, placenta previa 1% y otras causas un 3%.³

Datos del Servicio de Neonatología de Hospital Nacional de Maternidad, hoy Hospital de la Mujer, del total de partos ocurridos en 2012 el 20.9% corresponde a

¹ www.who.int Nacidos demasiado pronto informe de acción global de nacimientos prematuros. 2012

² www.who.int Nacimientos prematuros. Nota descriptiva N°363, Noviembre de 2013

³ Williams Obstetricia. Cunningham, Gary; Leveno, Kenneth; Bloom, Steven. 23° edición.

partos pre términos, mientras que en el Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca se registró un total de 3377 partos en 2013 de estos 234 corresponde a partos pre término y en el 2014 se atendió 3364 partos siendo 148 partos pre términos.⁴

La población que se atiende en las UCSF de Cuyultitán, San Juan Talpa y Tapalhuaca no quedan exentas de esta problemática, por lo que se vio la necesidad de realizar un trabajo investigativo retrospectivo que evidencie la situación actual en dichas unidades; el cual fue realizado por estudiantes de la Facultad de Medicina en servicio social, tomando en cuenta estadísticas de partos prematuros desde Enero 2013 – Junio 2015, para obtener una muestra significativa y determinar el comportamiento que ha tenido la problemática en estudio, en el área de influencia del equipo investigativo y en el se incluyen los partos mayor de 22 semanas hasta las 36 semanas con 6 días por amenorrea.

Esta investigación tiene como propósito servir de herramienta de apoyo en la toma de decisiones ante una embarazada con riesgo, tomando en cuenta estadísticas de embarazos previos que finalizaron en parto prematuro; por lo que se realizó una revisión de los expedientes clínicos de embarazadas que verificaron parto prematuro, según libro de prematuros que lleva cada unidad de salud en estudio y tenga hoja de egreso hospitalario.

⁴ www.siiis.salud.gob.sv Sistema de Información en Salud (SIMMOW), Ministerio de Salud, El Salvador.

III.OBJETIVOS

GENERAL

Identificar las principales patologías asociadas a parto prematuro, en las mujeres que llevaron controles prenatales en las UCSF de Cuyultitán, San Juan Talpa y Tapalhuaca, en el periodo comprendido entre Enero 2013 - Junio de 2015.

ESPECÍFICOS

- Establecer las características sociodemográficas de las mujeres cuyo embarazo finalizó en parto prematuro de las UCSF en estudio.
- Describir los aspectos epidemiológicos de las mujeres cuyo embarazo finalizó en parto prematuro de las UCSF en estudio.
- Establecer las patologías de la madre, la placenta o del feto asociadas a parto prematuro de las UCSF en estudio.

IV.MARCO TEÓRICO

PARTO PREMATURO

1. Definición.

Se entiende por parto pretérmino, todo embarazo que termine después de la vigésima y antes de alcanzar la trigésima séptima semana, calculadas desde el primer día de la última menstruación (para algunos autores es a partir de las 22 semanas). Parto inmaduro es una denominación que corresponde a una subdivisión del parto pretérmino y se refiere al que acontece entre las 22 y las 28 semanas completas y parto prematuro extremo 28 a las 32 semanas, prematuro moderado 32 a las 34 semanas y prematuro tardío 34 hasta antes de las 36 semanas con 6 días. Según un estudio del Hospital Parkland en el 2006 en Estados Unidos, se observó que para el 2004, la distribución de partos prematuros por semanas de amenorrea es <28 semanas el 6%, de 28 – 31 semanas del 10%, de 32 – 33 semanas el 12.7% y entre las 34 – 36 semanas de un 71.2%; este último se debió a trabajo de parto espontáneo o ruptura prematura de membranas.

En adelante se utilizará el concepto de parto prematuro como sinónimo de parto pretérmino y en la presentación de resultados se hará lo mismo. Existen características que se deben evaluar en recién nacidos prematuros para determinar la supervivencia, entre estos están el peso, el cual si se encuentra por encima del percentil 90 se ha categorizado como grande para la edad gestacional y el neonato cuyo peso está por debajo del percentil 10 se clasifica como pequeño para edad gestacional, los cuales tienen menores tasas de supervivencia. Por definición, el bajo peso al nacer es aquel inferior a 2500 gramos, muy bajo peso al nacer menor de 1500 gramos y extremadamente bajo peso al nacer aquel menor de 1000 gramos.

El parto prematuro representa un riesgo para el recién nacido por las complicaciones que puede presentar, ya sea por su inmadurez o por el efecto de las drogas usadas para el tratamiento. Las complicaciones maternas están relacionadas con las acciones que los

medicamentos ocasionan en los diferentes órganos como el corazón, los pulmones y los riñones a fin de tratar de detener la evolución del parto.

2. Etiología.

En la actualidad se acepta que el parto prematuro ocurre porque se reúne una serie de factores desencadenantes que con frecuencia aparecen durante la gestación y favorecen las condiciones para que ocurra un retardo en el crecimiento del feto o por el contrario sólo acorta la duración de la gestación. Por lo que es preciso analizarlos y tenerlos en cuenta cuando la gestante ingresa al control prenatal y en cada visita, para detectarlos precozmente.

Entre las complicaciones obstétricas relacionadas con partos prematuros en un estudio del Parkland Hospital en 2008 se encuentran: trabajo de parto espontáneo 45%, rotura espontánea de membranas 35%, hipertensión 13%, complicaciones fetales 2%, desprendimiento prematuro de placenta 1%, placenta previa 1% y otras causas un 3%.

Factores como desordenes cromosómicos, malformaciones congénitas, estilos de vida, paridad, talla, edad materna y diferentes patologías ya sean crónicas o agudas, pueden desencadenar una amenaza de parto prematuro.

3. Fisiopatología.

3.1. Factores socio-demográficos.

3.1.1. Edad.

La edad materna está ligada con parto prematuro siendo más frecuente en las mujeres menores de 19 años por incompleto desarrollo del aparato reproductor, que se asocia a prematurez, anomalías específicas como gastrosquisis, trastornos hipertensivos y retardo del crecimiento y en mujeres mayores de 35 años por la existencia de enfermedades crónicas degenerativas.

3.1.2. Nivel educativo.

El salvador es uno de los países de Centroamérica que destina un porcentaje menor a lo necesario para la educación, a esto se le agrega la desigualdad al acceso a la educación básica en algunos departamentos del país.

Nivel bajo: incluye a las madres que no superan la educación primaria; que corresponde a los primeros 6 años de educación. Nivel medio: incluye a las madres con nivel educativo medio y básico, en ocasiones el técnico. Nivel alto: incluye a la madre con educación universitaria. El nivel académico es de mucha importancia para la mujer embarazada, en base a esto podrá mostrar mayor comprensión de su situación y los cuidados que debe de tener durante su embarazo.

3.1.3. Área demográfica.

El Salvador es uno de los países de Centroamérica más pequeños, pero con una densidad poblacional 315 habitantes por Km². En el orden demográfico la población salvadoreña se caracteriza por mantener tasas relativamente altas de natalidad, mortalidad y migración.

La mujeres en edad fértil según la encuesta FESAL 2002/2003 describe que 43.3% vive en área rural; lugares donde los servicios de salud, y acceso a fuentes de trabajo son más difíciles y sumado a un nivel educativo bajo se hace muy difícil la temprana identificación de factores que pueden desencadenar partos prematuros y que pueden ser prevenidos si se detectaran a tiempo.

3.1.4. Estado civil.

El inicio de relaciones sexuales y la vida conyugal temprana, son factores de riesgo para una mujer embarazada. Según datos de la FESAL reporta que el 56.4% de la mujeres vive en unión libre, y que la edad mediana a la primera unión es a los 19.8 años. Las madres adolescentes solteras tienen bajos ingresos económicos y por ende mayor

dificultad para la alimentación y seguimiento médico adecuado, pues su nivel de ingresos económicos es menor.

3.1.5. Ocupación materna.

En ausencia de complicaciones, las mujeres pueden continuar su trabajo hasta el inicio del trabajo de parto, sin embargo algunos tipos de trabajo aumentan complicaciones durante la gestación. Con el trabajo que demanda esfuerzo físico, las mujeres presentan un aumento del 20 a 60% en los índices de parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino o hipertensión gestacional. El riesgo de parto prematuro aumenta con trabajo mayor de 10 horas, trabajo mayor a 6 horas de pie y exposición a químicos/solventes.

La fatiga laboral, calculada por el número de horas de pie (más de 6 horas continuas); la intensidad de las demandas físicas y mentales (trabajo mayor de 10 horas al día), y los factores ambientales de estrés, así como, exposición a tóxicos y químicos se han relacionado con un mayor riesgo de ruptura prematura de membranas, aborto, muerte fetal, prematuridad, bajo peso al nacer y defectos congénitos.

3.1.6. Violencia intrafamiliar.

El abuso físico está asociado a la pobreza, educación deficiente, uso de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, las secuelas inmediatas comprenden desgarro uterino, muerte materna, fetal y parto prematuro. El parto prematuro se incrementa en 3 a 5 veces en mujeres que sufren malos tratos, pero ello no se relaciona con la gravedad del maltrato.

3.2. Factores Epidemiológicos

3.2.1. Consumo de alcohol.

No sólo se ha vinculado con el nacimiento prematuro, sino también, con un riesgo mayor de lesiones cerebrales en los neonatos prematuros. El etanol puede atravesar la

placenta produciendo así muerte fetal, sufrimiento fetal agudo, apnea y retardo del crecimiento intrauterino.

Además produce el llamado síndrome alcohólico fetal caracterizado por restricción del crecimiento, defectos cerebrales, trastornos cardiacos, defectos vertebrales, malformaciones craneofaciales (micrognatia, microftalmia, hipoplasia de coanas).

3.2.2. Consumo de tabaco

Se lo ha vinculado con restricción del crecimiento intrauterino, aborto, desprendimiento prematuro de placenta, parto pretérmino y bajo peso al nacimiento, que está relacionado con el número de cigarrillos fumados durante el embarazo. En las mujeres que fuman existe un riesgo dos veces más alto de placenta previa, desprendimiento placentario y ruptura prematura de membranas, comparado con las no fumadoras.

3.2.3. Consumo de cocaína.

El consumo de cocaína durante el embarazo puede provocar en las primeras semanas riesgo de aborto espontáneo, y en etapas posteriores puede provocar parto prematuro, retardo del crecimiento intrauterino, microcefalia, atresia ileal, malformaciones cardíacas, infartos, malformaciones del aparato urinario. Además el consumo de cocaína está relacionado con desprendimiento prematuro de placenta.

3.2.4. Consumo de marihuana y otras drogas.

El consumo de marihuana se relaciona con retardo del crecimiento fetal, anomalías congénitas y parto prematuro.

El consumo de éxtasis ha ido aumentando en los últimos años, por lo que se han hecho algunos estudios sobre la manera en que la droga puede afectar a la embarazada,

se ha visto un aumento en la frecuencia de defectos cardiacos en recién nacidos de madres que consumían éxtasis o anfetaminas.

Las complicaciones típicas del uso de heroína en el embarazo incluyen aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de placenta, restricción del crecimiento intrauterino, ruptura prematura de membranas y parto pretérmino.

3.2.5. Índice de masa corporal.

Definido como la relación del peso corporal en kilogramos entre la talla en centímetros elevado al cuadrado. Una madre con bajo peso se maneja como un embarazo de alto riesgo, por lo que se debe brindar control nutricional, debido a que tiene mayor riesgo de desarrollar retardo del crecimiento intrauterino y desarrollar parto prematuro.

Por el otro lado, la obesidad presenta mayor riesgo de desarrollar diabetes gestacional y trastornos hipertensivos en el embarazo; por lo que es de suma importancia que durante la inscripción prenatal se calcule el IMC y se defina el estado nutricional materno. Clasificándose como: bajo peso <19.8; normal de 19.8 – 25.9; sobrepeso de 26 – 29.9 y obesidad ≥ 30 .

3.2.6. Paridad.

La multiparidad es un factor que propicia partos prematuros pues la distensión de los músculos del abdomen y piso pélvico que se traumatizan durante el embarazo y parto van deteriorándose estructural y funcionalmente, por lo que no logra mantener por largo tiempo la mayor presión intra-abdominal por el útero grávido, así como el peso ganado por su contenido, aumentándose al doble la probabilidad de muerte fetal intraparto con multiparidad mayor de 4 embarazos.

3.2.7. Antecedentes de parto pretérmino.

El riesgo de parto pretérmino aumenta: un 10 – 15% con 1 parto pretérmino, 40% con dos partos pretérmino y un 60% con 3 o más partos pretérmino.

3.2.8. Antecedente de amenaza de parto prematuro (APP).

Se refiere a las contracciones uterinas con dilatación de 3 cm antes de las 37 semanas de embarazo y puede estar causado por múltiples factores como Hipertensión arterial crónica, Trastornos hipertensivos del embarazo, Infección de vías urinarias, Vaginosis, Anormalidades cervicouterinas, Anomalías uterinas, Embarazo gemelar, Anomalías congénitas, entre otras que en resumidas cuentas conducen a maduración del cuello cervical y activación miometrial, al no ser manejadas de forma temprana y correcta conducirán a parto prematuro, así mismo la APP resuelta predispone a que la gestación concluya antes de las 37 semanas.

3.2.9. Periodo intergenésico.

Intervalos intergenésico menores de 18 meses y mayores de 59 meses se acompañan de un incremento en los riesgos de parto prematuro lo mismo que de lactantes pequeños para edad gestacional.

3.3. Patologías de la madre.

3.3.1. Trastornos hipertensivos del embarazo.

Hipertensión inducida por el embarazo.

Se define como el desarrollo de hipertensión arterial con proteinuria o edema y en casos severos convulsiones o coma, inducidas por el embarazo en mayores de 20 semanas de gestación o antes de las 20 semanas cuando hay enfermedad gestacional del trofoblasto o dentro de las 24 horas posteriores al parto.

Se encuentran 5 tipos de enfermedad hipertensiva:

- Hipertensión gestacional.

- Preeclampsia.
- Eclampsia.
- Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica.
- Hipertensión arterial crónica primaria o secundaria, nueva o preexistente.

El posible mecanismo de acción de la hipertensión inducida en el embarazo sería una invasión trofoblástica anormal, con la consecuente disminución en el flujo útero-placentario, isquemia placentaria, liberación placentaria de citoquinas, disfunción endotelial con aumento de endotelina 1 y tromboxano A2 (sustancias vasoconstrictoras), disminución de protaciclina y óxido nítrico (sustancias vasodilatadoras) y aumento de la sensibilidad vascular a la Angiotensina II.

Todos estos mecanismos que desencadenan la hipertensión, pueden a su vez relacionarse con parto prematuro, porque al haber una alta cantidad de tromboxano A2, que es una de las principales prostaglandinas que favorecen el inicio de contracciones uterinas, pueden desencadenar el inicio del trabajo de parto. En el caso de eclampsia, es una indicación de evacuación inmediata del producto.

La Preeclampsia superpuesta a hipertensión arterial crónica tiene mayor riesgo de ocasionar desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y de restricción del crecimiento fetal; por lo que es una causa mayor de riesgo de desarrollar parto prematuro.

3.3.2. Diabetes mellitus.

La Diabetes pre-gestacional es un factor de riesgo para parto prematuro. Según la Maternal-Fetal Medicine Units Network del National Institute of Child Health and Human Development informaron que 9% de las mujeres con diabetes pre-gestacional verificaron parto antes de las 35 semanas, en comparación con 4.5% de las no diabéticas.

Más aun, 7% de las diabéticas, en comparación con el 2% de las mujeres normales, se procedió a parto pretérmino indicado debido a preeclampsia, macrosomía y restricción del crecimiento.

3.3.3. Anemia.

Es la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre por debajo del límite normal para la edad, sexo y estado fisiológico.

Las anemias más características en la etapa del embarazo son las anemias nutricionales:

- Anemias por déficit de hierro: entre los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar anemia en el embarazo se encuentran la multiparidad, intervalos intergenésico cortos, dietas bajas en hierro, adolescentes y la parasitosis. En las embarazadas este tipo de anemias produce un aumento en el riesgo de mortalidad materna, de prematuridad y restricción del crecimiento fetal.
- Anemias por déficit de nutrientes (Folatos y vitamina B12): entre las consecuencias funcionales del déficit de Folatos en el embarazo se encuentran los defectos en el cierre del tubo neural (anencefalia, espina bífida, encefalocele), anomalías de vías urinarias y más tardíamente pueden desencadenar parto prematuro.
- Anemia leve es 10.1 a 10.9 mg/dl, anemia moderado es 7.1 a 10 mg/dl y anemia severa es menor de 7 mg/dl.

3.3.4. Infección de vías urinarias.

Definida como la invasión microbiana del aparato urinario. La mayor incidencia en el embarazo depende de la edad, paridad y actividad sexual, variando de 2-11% en mujeres multíparas de bajo nivel socioeconómico, comparado con el 2% en las mujeres con nivel socioeconómico más elevado. Su mayor frecuencia durante el embarazo se debe a los cambios hormonales (progesterona), funcionales y estructurales.

A las 20 semanas de gestación el útero y su contenido empiezan a aumentar de tamaño, provocando compresión de los uréteres a nivel de la cresta iliaca, produciendo una dilatación ureteral. Los uréteres dilatados pueden contener 200 ml de orina retenida favoreciendo el reflujo vesicoureteral, estasis urinaria y el crecimiento bacteriano.

Debido a cambios hormonales (progesterona), después del segundo mes de gestación disminuye el peristaltismo uretral y el tono vesical, cursando con largos periodos de atonía total que se han observado por el séptimo y octavo mes de gestación. Otros factores como el aumento del pH por incremento de la excreción urinaria de bicarbonato, que asociado a la glucosuria y aminoaciduria, facilitan el incremento bacteriano. El patógeno más frecuentemente aislado en las infecciones del tracto urinario son los coliformes y de estos la *Escherichia coli* es la más frecuente, seguido del grupo *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Staphilococcus* y *Streptococcus*.

Su diagnóstico es clínico, por síntomas como disuria, poliaquiuria, dolor lumbar o supra púbico, fiebre, piuria entre otros y por pruebas de laboratorio como la tira rápida, examen general de orina y el urocultivo en casos de bacteriuria asintomática, cistitis o pielonefritis.

3.3.5. Enfermedad odontológica.

La enfermedad periodontal se ha relacionado con parto prematuro. La periodontitis es una inflamación crónica de las encías por anaerobios por lo que su tratamiento durante esta etapa resulta inocuo así como de interés para prevenir el parto prematuro. Las mujeres con periodontitis tuvieron riesgo 7 veces mayor de parto prematuro. Los recién nacidos pretérmino de madres con enfermedad periodontal fueron 23% más pequeños que los de madre sin enfermedad. Otras enfermedades odontológicas como la gingivitis y la caries dental pueden desencadenar ruptura prematura de membranas y parto prematuro.

3.3.6. Vaginosis bacteriana.

La vaginosis bacteriana, es un trastorno de la flora normal, que ocasiona pérdida de los lactobacillus productores de peróxido de hidrogeno y proliferación de bacterias anaerobias, como la *Gardenerella vaginalis*, *Mobiluncus* y *Mycoplasma hominis*.

La prevalencia de vaginosis bacteriana en parturientas es similar a la de las mujeres no embarazadas con características demográficas similares, se observa en 6 a 32% de mujeres embarazadas. El estrés crónico, las duchas vaginales, las diferencias étnicas y en algunos casos las relaciones sexuales se relacionan con un aumento de la frecuencia de ésta patología.

Es una enfermedad leve asintomática, pero se ha asociado con una elevada incidencia de endometritis y enfermedad pélvica. Muchos estudios han mostrado fuerte asociación entre vaginosis bacteriana y complicaciones obstétricas como abortos espontáneos, tardíos y rotura prematura de membranas y parto prematuro.

Eschenbach, Gravett y colaboradores fueron los primeros en considerar la vaginosis bacteriana como un factor de riesgo para trabajo de parto prematuro y bajo peso al nacer.

3.3.7. Cambios cervicouterinos.

Se sospecha que la dilatación cervicouterina asintomática en la segunda mitad del embarazo es un factor de riesgo para parto prematuro, resulta común en mujeres multíparas. Cerca del 25% de las mujeres gestantes cuyos cuellos uterinos tenían una dilatación de 2 a 3 cm dieron a luz antes de las 34 semanas, por lo que mujeres con cuellos progresivamente más cortos experimentaban incremento en las tasas de parto prematuros. La insuficiencia cervicouterina es una dilatación recurrente e indolora que da lugar a nacimientos en el segundo trimestre del embarazo sin rotura espontanea de membranas, hemorragia e infección.

3.3.8. Anomalías uterinas

Incluye cualquier defecto anatómico congénito (útero bicorne, útero septado) o adquirido (miomas) del útero. Se relaciona más frecuente con pérdidas en el primer y segundo trimestre del embarazo.

3.3.9. Cirugías previas del tracto reproductivo.

Las cirugías previas como la miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea previas, legrados y cerclaje cervical producen mayor riesgo de ruptura uterina, inserciones placentarias anormales, hemorragias graves y parto prematuro.

3.3.10. Sobre distensión uterina.

- **Embarazo múltiple.**

Entre mayor sea el número de fetos en una gestación mayor es la probabilidad de parto prematuro, pues ello induce una disfunción uterina por sobre distensión del útero o ruptura prematura de membranas espontánea así como por indicación de cesárea, la cual se realiza más tempranamente dependiendo del número de fetos una vez sean viables.

- **Anomalías del volumen del líquido amniótico.**

El exceso de líquido amniótico (polihidramnios), que se determina mediante el índice de líquido amniótico que es la suma de la profundidad en centímetros del saco vertical más grande en cada uno de los cuatro cuadrantes uterinos iguales, siendo el rango de normalidad entre 8 y 11 cm, si ILA es mayor de 11 cm corresponde a polihidramnios y severo si es ≥ 16 cm. Entre las causas maternas están diabetes, infecciones, tumores y fetales como anomalías cardíacas, sistema nervioso, renales. El polihidramnios severo puede dar lugar a desprendimiento prematuro de placenta, disfunción uterina y otras. Al contrario, un ILA menor de 5 cm indica oligohidramnios severo que puede causar muerte fetal e inducir parto prematuro por finalización del embarazo.

3.4. Patologías de la placenta.

3.4.1. Anormalidades placentarias.

Es toda aquella condición que interfiera con la normalidad estructural o funcional de la placenta como:

- Placenta previa: la placenta se implanta en el segmento inferior del útero pudiendo cubrir total o parcialmente el orificio cervical interno, la frecuencia es de 1/200-250 partos. El mayor riesgo supone cuando es sangrante debido a que pone en riesgo a la madre como al feto por lo que es una emergencia obstétrica.
- Desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta: separación parcial o total de la placenta normalmente inserta en la pared uterina, la frecuencia es aproximadamente 1/100 partos.

Ambas entidades se relacionan con parto prematuro ya sea por indicación médica ya que conllevan riesgos potenciales tanto para la madre como para el feto; o por el simple hecho que pueden desencadenar el inicio de contracciones uterinas lo que da lugar a cambios cervicales.

3.4.2. Ruptura prematura de membranas.

Se define como la salida de líquido amniótico a través de una disolución de continuidad de las membranas ovulares en embarazos mayores de 20 semanas y antes de iniciar trabajo de parto. Sucede en el 10.7% de todos los embarazos, de los cuales un 5% ocurre en embarazos prematuros y el 0.5% en embarazos inmaduros, constituye un factor predisponente de parto pretérmino en un 30-40% de los casos.

Su causa es debido a un debilitamiento de las membranas ovulares combinado con presión ejercida por contracciones uterinas insensibles; así como, infecciones del tracto genital o vías urinarias, dilatación cervical, deficiencia de vitaminas y oligoelementos, malformaciones fetales, traumatismos, tabaquismo, entre otras.

El diagnóstico puede ser por historia clínica y examen físico; además de pruebas de laboratorio como cristalización en hehechos, células naranja y de gabinete como ultrasonografía y la amnioinfusión de colorante.

3.5. Patologías fetales.

Las malformaciones congénitas se asocian a parto prematuro sobre todo aquellas que alteran el desarrollo del tubo neural como anencefalia, mielomeningocele, etc., a la vez que se asocia a polihidramnios y causan sobre-distención uterina u oligohidramnios en el caso de agenesia renal fetal, VACTERL, así como, un óbito fetal da lugar a parto prematuro si ocurre antes de las 37 semanas.

V. HIPOTESIS.

Las infecciones de vías urinarias, los problemas odontológicos y los trastornos hipertensivos del embarazo son las patologías más frecuentes que desencadenan parto prematuro.

VI. DISEÑO METODOLÓGICO.

1. Tipo de estudio.

Descriptivo por estar dirigido a determinar cómo es o está la situación de las variables en estudio, retrospectivo por indagar en hechos ocurridos en el pasado y transversal haciendo un corte en el tiempo donde se realizó una revisión de los expedientes clínicos, hojas de retorno y libro de prematuros, de todas la gestantes que llevaron controles prenatales en las UCSF y cuyo embarazo finalizó en parto prematuro.

2. Periodo de investigación.

Del 1 de Enero de 2013 al 30 de Junio de 2015 (2 años 6 meses).

3. Universo.

Todas las mujeres embarazadas que fueron inscritas y llevaron controles prenatales en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Cuyultitán, San Juan Talpa y Tapalhuaca.

4. Muestra.

Todas las mujeres embarazadas que llevaron controles prenatales en las UCSF en estudio y verificaron parto prematuro en el periodo de 1 de Enero de 2013 al 30 de Junio de 2015. Siendo un total de 17 mujeres distribuidas de la siguiente manera: UCSF Cuyultitán 6, UCSF San Juan Talpa 7 y UCSF Tapalhuaca 4.

5. Criterio de inclusión.

- Parto prematuro acontecido en el periodo de estudio.
- Pacientes que finalizaron en parto prematuro entre las 22 a 36 semanas y 6 días por amenorrea.
- Haber llevado controles prenatales en las UCSF en estudio.

- Paciente con diagnóstico de egreso hospitalario y hoja de retorno de parto prematuro.

6. Criterio de exclusión.

- Prematuro inscrito cuya madre no llevo controles prenatales en las UCSF en estudio.
- Parto menor de 22 semanas y mayor de 37 semanas por amenorrea.
- Partos prematuros acontecidos fuera del periodo de estudio.

7. Variables a investigar:

- Edad.
- Nivel educativo.
- Área residencia.
- Estado civil.
- Ocupación materna.
- Violencia intrafamiliar.
- Consumo de drogas.
- Índice de masa corporal.
- Paridad.
- Antecedente de parto pretérmino.
- Antecedente de amenaza de parto prematuro.
- Parto prematuro.
- Periodo intergenésico.
- Trastornos hipertensivos del embarazo.
- Diabetes pregestacional (Diabetes mellitus).
- Anemia.
- Infección de vías urinarias.
- Problemas odontológicos.
- Infecciones vaginales.

- Anormalidades cervicouterinas.
- Anomalías uterinas.
- Cirugía previa aparato reproductor femenino.
- Embarazo múltiple.
- Anomalías del volumen del líquido amniótico.
- Placenta previa.
- Abruption placentario.
- Ruptura prematura de membranas.
- Malformaciones congénitas.

8. Operacionalización de variables.

Objetivo	Variable.	Definición operacional.	Indicador.	Valor.	Fuente	Instrumento
Establecer las características sociodemográficas de las mujeres cuyo embarazo finalizó en parto prematuro de las UCSF en estudio.	Edad	La edad cronológica es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Adolescente. Adulto joven. Adulto.	10 – 18 años. 19 – 35 años. 36 – 59 años.	Expediente clínicos y libro de prematuro	Lista de cotejo
	Nivel educativo	Máximo grado académico cursado y aprobado por una persona.	Analfabeta. Alfabeta.	Analfabeta. Básica. Bachiller. Técnico. Universitario.		
	Área residencia	Ubicación geográfica de domicilio actual.	Rural. Urbano.	Rural. Urbano.		
	Estado civil	Condición de una persona en función de su situación legal.	Casada. Soltera. Unión estable.	Casada. Soltera. Unión estable.		
	Ocupación materna	Cualquier actividad física o intelectual, que recibe algún tipo de respaldo o remuneración en el marco de una actividad.	Empleada. Desempleada.	Ama de casa. Trabajo formal. Trabajo informal		
	Violencia intrafamiliar	Patrón de conductas asociado a una situación de ejercicio desigual de poder, que se manifiesta por el uso de violencia física, psicológica, económica o sexual.	Presente. Ausente.	Ninguna. Física. Psicológica. Económica. Sexual.		
Describir los aspectos epidemiológicos de las mujeres cuyo embarazo finalizó en parto prematuro de las UCSF en estudio.	Consumo de drogas	Modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas.	Presente. Ausente.	Ninguna. Tabaquista. Etilista. Consumo de otras drogas		
	Índice de masa corporal	Peso en kilogramos entre talla en centímetro elevado al cuadrado.	Peso (kg) / talla (m ²)	Bajo <19.8. Normal 19.8-26. Sobrepeso 26-29. Obesidad >29.		
	Paridad	Número total de recién nacidos a término, pretérmino y abortos previos.	Parto.	Primigesta. Multípara.		
	Antecedente de parto pretérmino	Antecedente de embarazos previos que finalizaron en parto pretérmino.	Con antecedentes. Sin antecedentes.	Sin antecedentes. Episodio único Más de un episodio. No corresponde		

	Antecedente amenaza de parto prematuro	Contracciones uterinas con dilatación de 3 cm antes de las 37 semanas de embarazo.	Con antecedentes. Sin antecedentes.	Con antecedentes. Sin antecedentes.		
	Periodo intergenésico	Es el tiempo que transcurre entre la finalización del último evento obstétrico y el inicio de un nuevo embarazo.	Años	<2 años. 2-4 años. >4 años. No corresponde.		
Establecer las patologías de la madre, la placenta o del feto asociadas a parto prematuro de las UCSF en estudio.	Parto pretérmino	Todo embarazo que termine después de la vigésima y antes de alcanzar la trigésima séptima semana, calculadas desde el primer día de la última menstruación (para algunos autores es a partir de las 22 semanas).	Amenorrea	22 - 28 semanas de amenorrea. 28 - 32 semanas de amenorrea. 32 - 34 semanas de amenorrea. 34 - 36 semanas de amenorrea.	Expediente clínicos y libro de prematuro	Lista de cotejo
	Trastornos hipertensivos del embarazo	Hipertensión arterial con proteinuria y edema y en casos severos convulsión o coma, inducidas por el embarazo después 20 semanas de gestación. Además se incluye la hipertensión crónica primaria o secundaria, nueva o preexistente.	Presión arterial y proteinuria.	Preeclampsia. Eclampsia. Hipertensión gestacional. Preeclampsia sobreagregada. Hipertensión arterial crónica. Ninguna.		
	Diabetes pregestacional	Trastornos del metabolismo intermedio donde hay intolerancia a la glucosa debido a déficit de insulina, lo que produce hiperglicemia.	Hiperglicemia.	Presente. Ausente.		
	Anemia	Gestante con valor de hemoglobina es menor 11 gr/dl en primer y tercer trimestre o 10.5 gr/dl en segundo trimestre por causas adquiridas o hereditarias.	Hemoglobina	Sin anemia. Leve. Moderada. Severa.		
	Infección de vías urinarias	Presencia marcada de bacterias en cualquier o a lo largo del tracto urinario.	Con infección. Sin infección.	Sin infección. Bacteriuria asintomática. Cistitis. Pielonefritis.		
	Problemas odontológicas	Problemas del tejido fibroso que rodea la raíz de los dientes, hueso de la mandíbula y a la encía.	Con problemas. Sin problemas.	Sano. Caries dental. Gingivitis. Periodontitis.		
	Vaginosis	Trastorno de la flora normal, que ocasiona pérdida de los lactobacillus productores de peróxido de hidrogeno y	Con infección. Sin infección.	Sin infección. Candidiasis		

		proliferación de bacterias anaerobias.		vaginal. Vaginosis bacteriana. Tricomoniasis.		
Anormalidades cervicouterinas		Condición que altera anatomía de útero y cérvix.	Con anomalías. Sin anomalías.	Incompetencia. Dilatación. Ninguna.	Expediente clínicos y libro de prematuro	Lista de cotejo de
Anomalías uterinas		Defectos anatómicos del útero.	Presente. Ausente.	Normal. Bicorne. Tabicado. Miomias.		
Cirugía previa aparato reproductor femenino		Procedimiento quirúrgico previo de la anatomía del aparato reproductor.	Con antecedente Sin antecedente	Laparotomía ginecoobstetrica. Cesárea. Legrado uterino. Cerclaje cervical. Conización. Miomectomia. Ninguna.		
Presencia de fetos en útero		Numero de fetos en una gestación.	Único Múltiples	Único. Gemelar. Múltiples.		
Anomalías de volumen del líquido amniótico		Poliamnios severo: Índice de líquido amniótico mayor de 16 cm. Oligoamnios severo : índice de líquido amniótico menor de 5 cm.	Presente. Ausente.	Normal. Poliamnios severo. Oligoamnios severo.		
Placenta previa sangrante		La placenta se implanta en el segmento inferior del útero pudiendo cubrir total o parcialmente el orificio cervical interno, pudiendo ser hemorrágica antes de las 37 semanas de amenorrea.	Con placenta previa Sin placenta previa	Con placenta previa sangrante. Sin placenta previa sangrante.		
Abruptio placentario		Separación parcial o total de la placenta normalmente inserta en la pared uterina.	Con abruptio placentario. Sin abruptio placentario.	Con abruptio placentario. Sin abruptio placentario.		
Ruptura prematura de membranas		Ruptura espontanea de membranas ovulares antes del inicio de labor de parto independiente de edad gestacional.	Presente. Ausente.	Presente. Ausente.		
Patologías Fetales		Toda aquella anomalía anatómica en el feto capaz de inducir parto prematuro.	Presente. Ausente.	Óbito. Anencefalia. Mielomeningocele. Agenesia renal. VACTERL.		

4. Fuente.

Sistema de información en salud (SIMMOW), expedientes clínicos de gestantes que llevaron controles en las unidades previamente mencionadas y cuyo embarazo finalizó en parto prematuro, libro de prematuros de las UCSF, hojas de retorno de atención del parto intrahospitalario.

5. Técnicas de obtención de información.

Sistema de información en salud (SIMMOW) de donde se obtuvo el listado de los partos prematuros ocurridos en el periodo de estudio, a los cuales se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión, posterior a esto se hizo revisión de expedientes clínicos, libro de prematuros y hoja de retorno de atención del parto intrahospitalario.

6. Instrumento para obtención de información.

Lista de cotejo (check list).

7. Mecanismo de confidencialidad y resguardo de los datos.

Los expedientes clínicos fueron manipulados únicamente por los médicos encargados de la investigación, sin emplear el nombre, ni número de expediente de los individuos objeto de estudio, además del libro de prematuros.

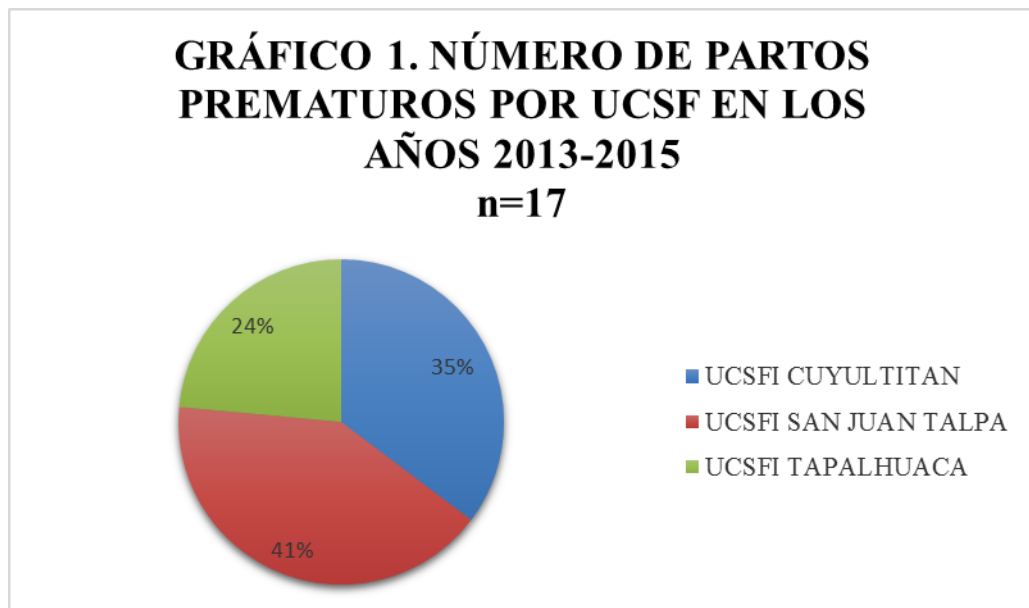
8. Procesamiento y análisis de información.

Se empleó la técnica de palotes, posteriormente se realizó vaciado de información en matriz de programa EXCEL donde se cotejaron datos con tablas y gráficas para su ulterior presentación.

VII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

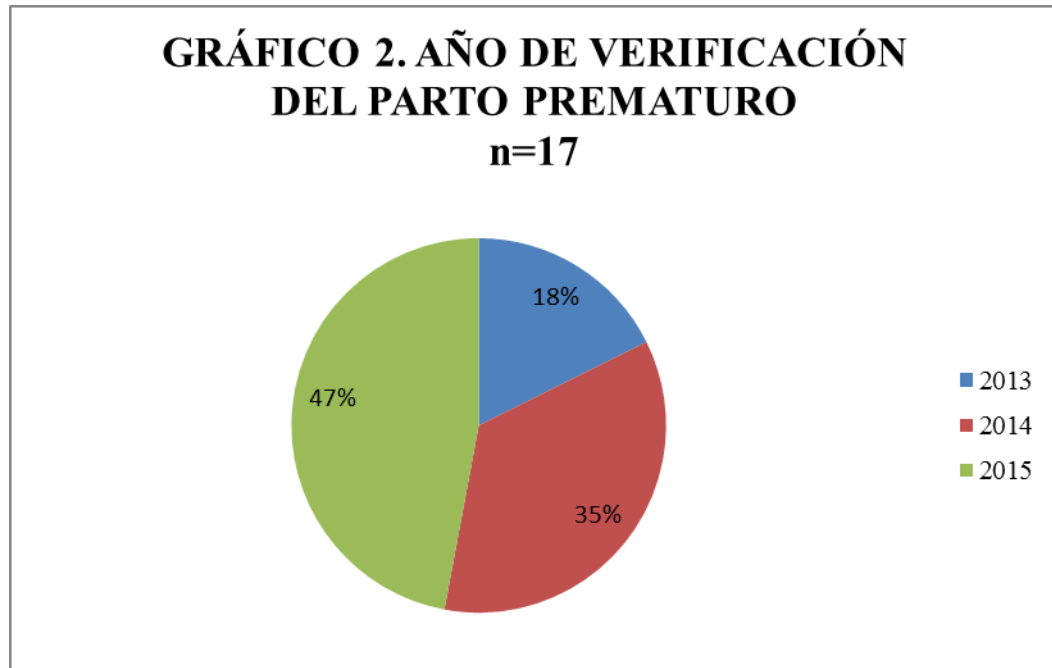
- Establecer las características sociodemográficas de las mujeres cuyo embarazo finalizó en parto prematuro de las UCSF en estudio.

A. Características socio-demográficas.



Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca

En el presente gráfico se evidencia que el mayor número de partos prematuros se encuentran en la UCSF San Juan Talpa con un 41%, seguido de UCSF Cuyultitán con un 35% y finalmente UCSF Tapalhuaca con un 24% en los últimos 3 años.

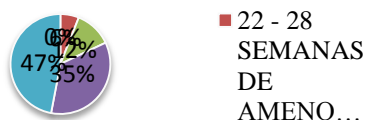


Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca

Se verificó un alza del número de partos prematuros acontecidos en los últimos 3 años, siendo para el año 2015 el mayor número de casos reportados, con más de un 29% de aumento en los últimos 2 años.

Al no contar con estadísticas nacionales con el que se pueda comparar dichos resultados, no se pudo establecer una tendencia de la problemática en dichos municipios y sólo se cuenta con datos del Hospital de Santa Teresa, que reflejaron un descenso en el número de partos prematuros atendidos en hospital de referencia. Debido a que la muestra del estudio es pequeña los resultados no se correlacionaron con los datos hospitalarios.

GRAFICO 3. AMENORREA AL PARTO...

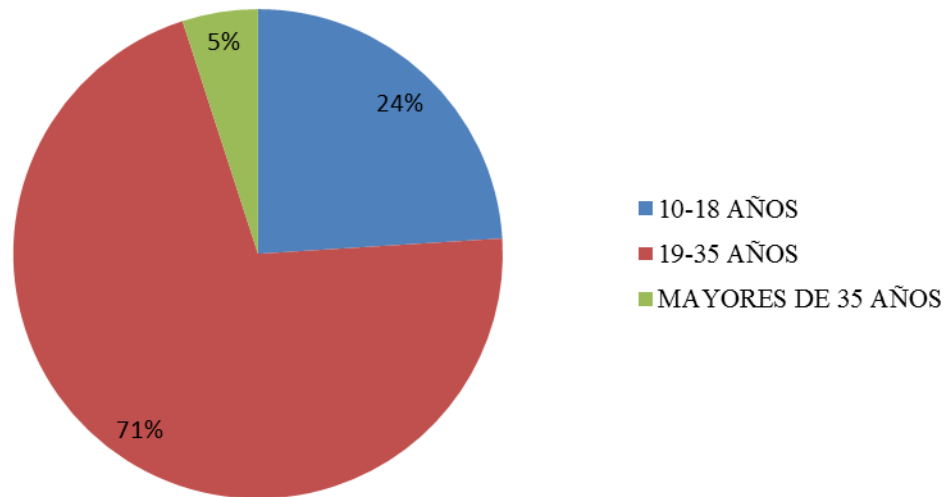


Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca

Se observó que el mayor porcentaje de partos prematuros ocurre entre las 34 – 36 semanas de amenorrea con un 47% y en un menor porcentaje entre las 22 – 34 semanas.

Al comparar los resultados con la teoría, en otros estudios se encontró el mismo comportamiento, una mayor frecuencia entre las 34 – 36 semanas y una menor frecuencia debajo de las 28 semanas.

GRÁFICO 4. EDAD DE LA MADRE AL MOMENTO DEL PARTO PREMATURO
n=17

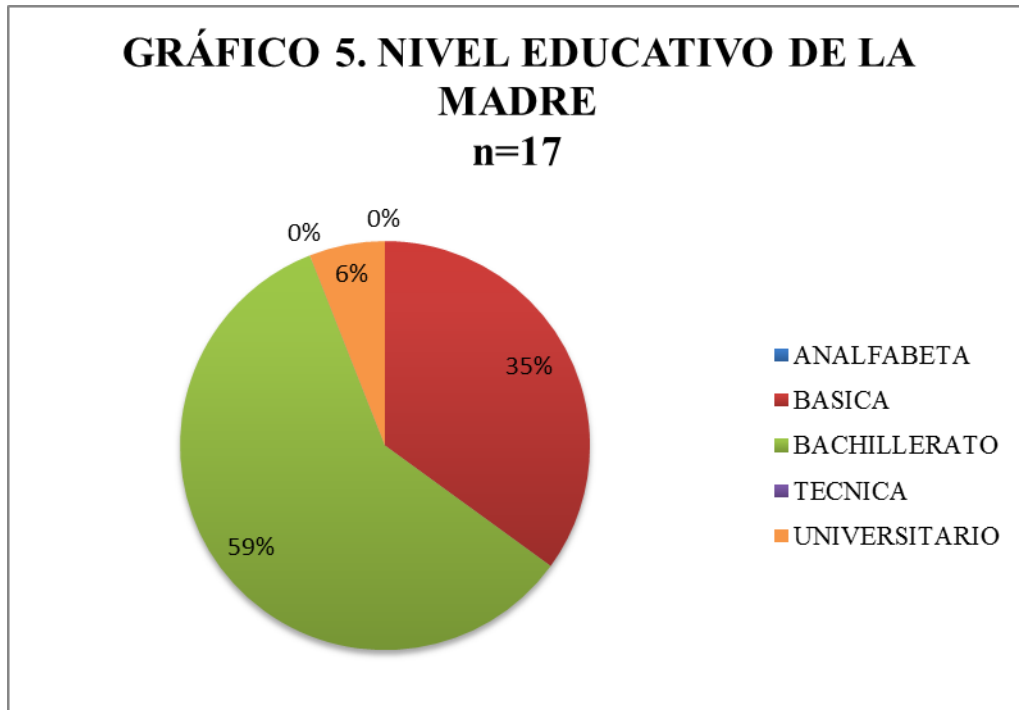


Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca

De la población en estudio se encontró que el 71% de los partos prematuros ocurrió a los 19-35 años.

Según datos teóricos, ocurren mayor número de partos prematuros en menores de 19 años y en mayores de 35 años, lo que no coincidió con el estudio realizado.

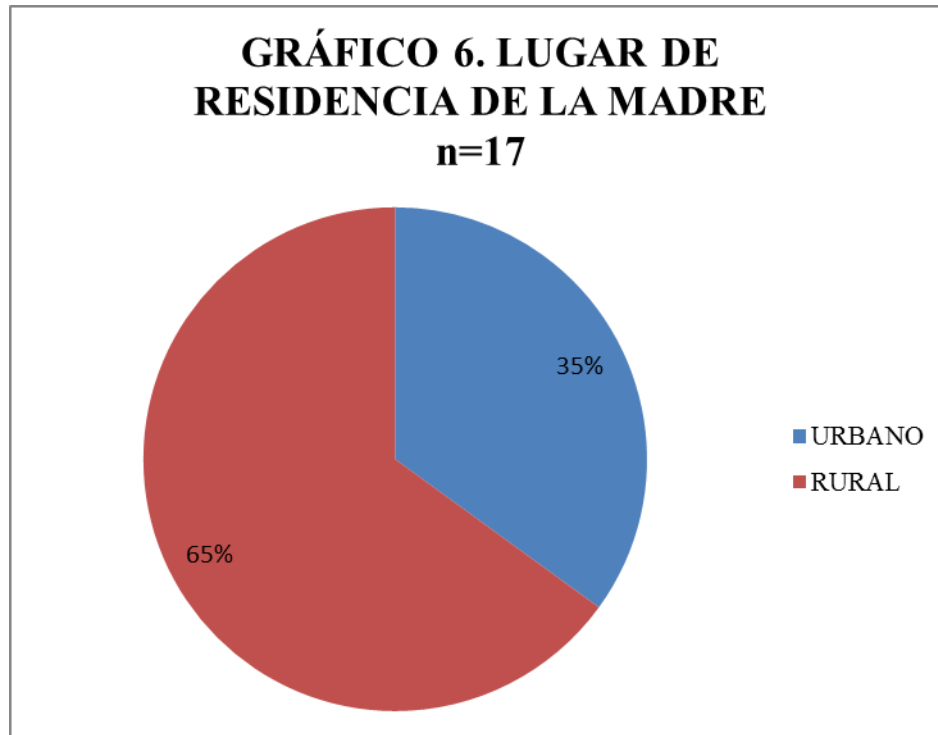
GRÁFICO 5. NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE
n=17



Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca

Los datos recopilados en el estudio mostraron que de la población investigada, el 59% tiene educación media (Bachillerato), 35% educación básica y 6% educación superior.

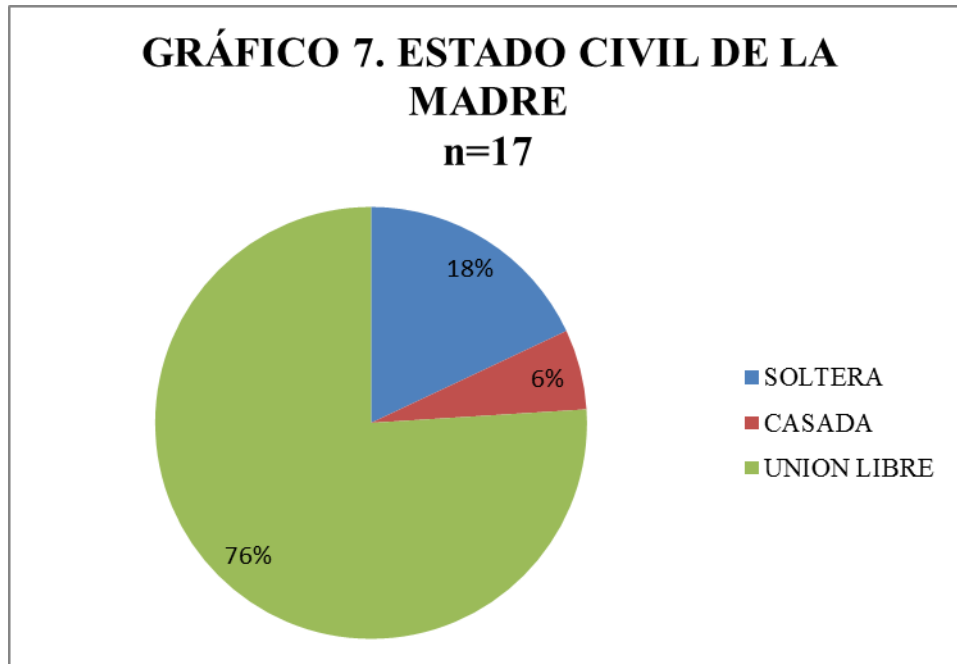
La teoría reporta una mayor frecuencia de partos prematuros en mujeres con nivel educativo bajo, evento que no coincidió con los datos obtenidos, no se excluye que el nivel educativo sea un factor importante de la comprensión de las posibles complicaciones que puedan presentarse en un embarazo.



Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca

El gráfico reporta que el 65% de la población en estudio habita en el área rural, en contraste con el 35% perteneciente al área urbana.

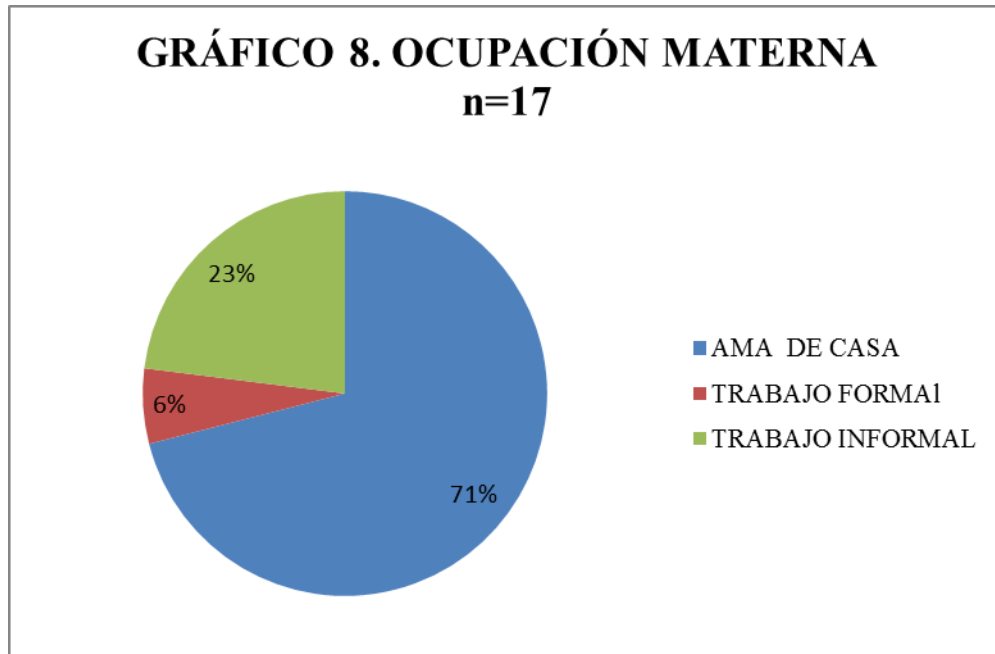
Según encuesta FESAL 2002-2003 describe que el 43.3% de la mujeres en edad fértil viven en el área rural, donde el acceso a los servicios de salud es mas difícil, por lo que al presentar alguna patología no consulta temprana y oportunamente.



Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca

El estado civil predominante en la población estudiada corresponde a unión libre con 76% y un 18% se encuentra solteras, solo 6% están casadas.

Según FESAL 2002-2003 reporta que el 56.4% de las mujeres viven en unión libre. Las mujeres solteras tienen bajos ingresos económicos lo que supone dificultad para la alimentación y seguimiento médico. No se excluye que ser madre soltera sea un factor importante de la comprensión de las posibles complicaciones que puedan presentarse en un embarazo.



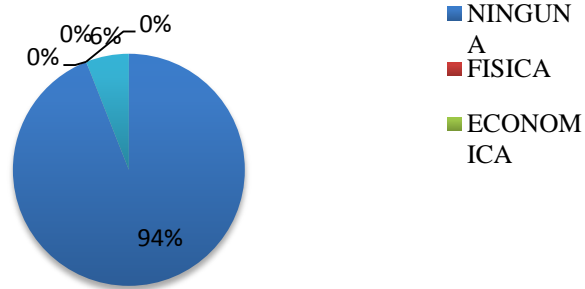
Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca

El 71% de las mujeres que presentaron parto prematuro se desempeña como ama de casa, el 23% en trabajo informal y 6% en trabajo formal.

Según la literatura con el trabajo que demanda esfuerzo físico, las mujeres presentan un aumento del 20 al 60% para parto prematuro. La fatiga laboral calculada por el número de horas de pie mayor de 6 horas continuas o las demandas físicas y mentales mayores de 10 horas son factores para un parto prematuro. Ser ama de casa incluye una fatiga física y mental, puesto que realizan múltiples actividades.

GRAFICO 9. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

n=17



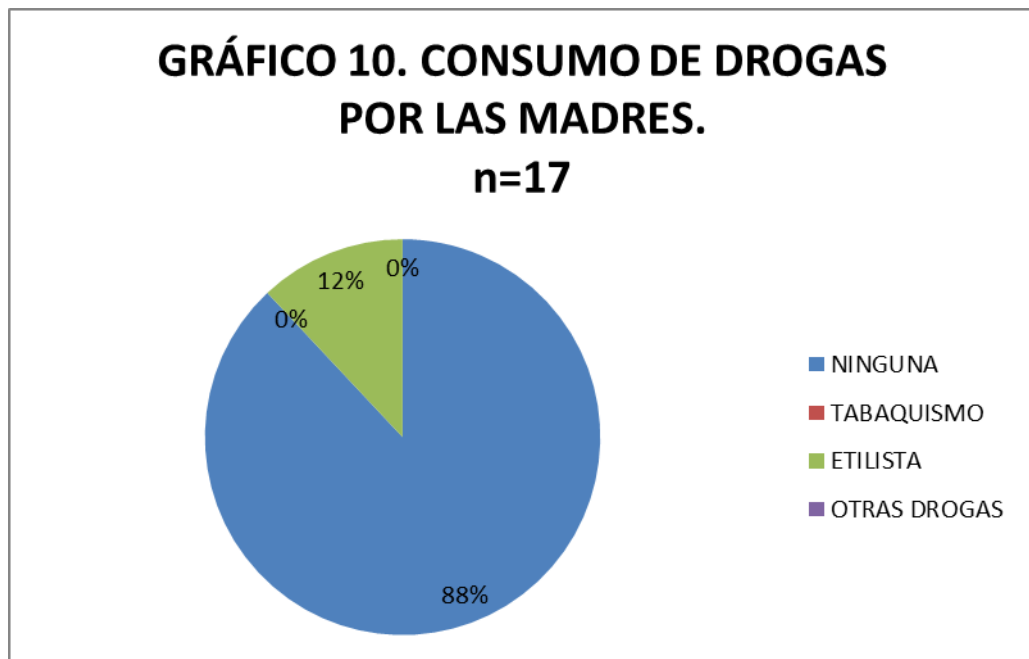
Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca

El 94% de las mujeres estudiadas no reportaron algún tipo de violencia.

El abuso físico aumenta en 3 – 5 veces el riesgo de parto prematuro. Al indagar sobre la violencia intrafamiliar, muchas de las mujeres niegan estar viviendo en dicha situación por temor, inseguridad, falta de apoyo y problemas culturales, por lo que no se verifica la interacción de esta variable con la población estudiada.

- Describir los aspectos epidemiológicos de las mujeres cuyo embarazo finalizó en parto prematuro de las UCSF en estudio

B. Características epidemiológicas.

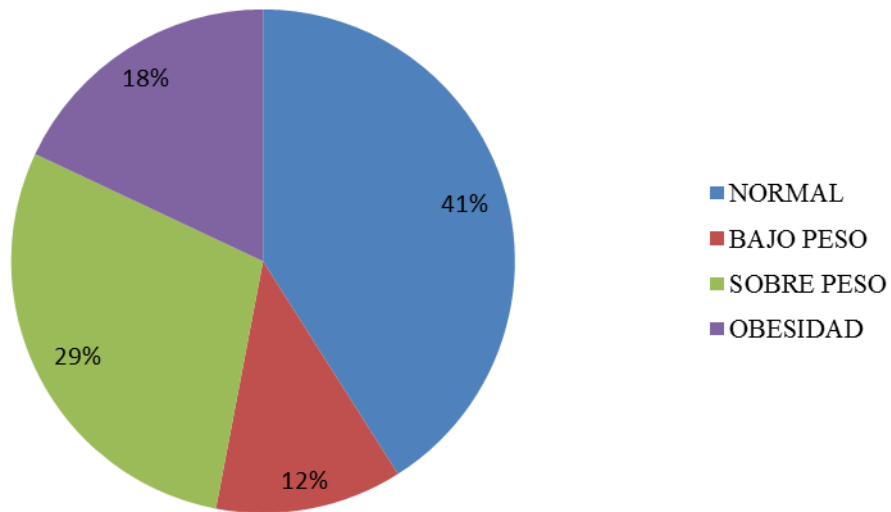


Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca

De las mujeres que presentaron parto prematuro, el 88% no consume algún tipo de droga y el 12% consume alcohol.

El consumo de drogas se asocia a RCIU, aborto, abrupcio placentario, parto pretérmino y bajo peso al nacer. La variable se encontró en nuestra población pero no en un porcentaje significativo, lo que no excluye que este sea un factor desencadenante de parto prematuro.

GRÁFICO 11. INDICE DE MASA CORPORAL
n=17

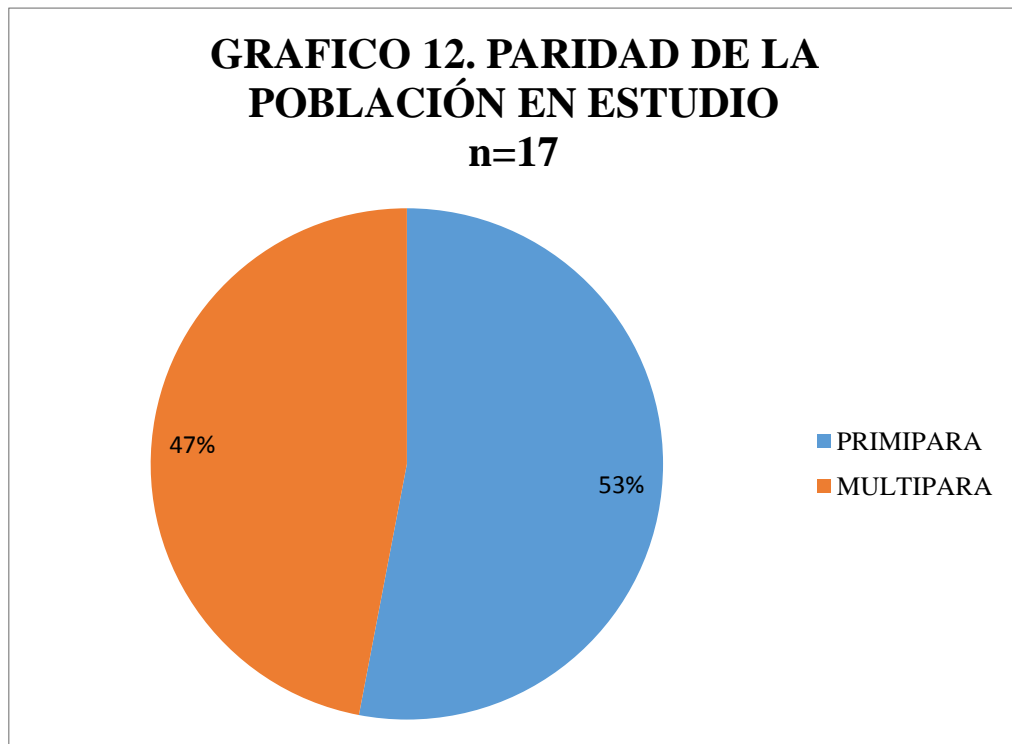


Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca.

El gráfico reflejó un estado nutricional variable en la población en estudio, siendo más frecuente un estado nutricional normal con un 41%.

Los problemas nutricionales están relacionados con mayor riesgo de presentación de patologías como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Anemia; siendo todas estas factores de riesgo para parto prematuro. Si bien no se verificó en los resultados obtenidos una mayor frecuencia de obesidad o bajo peso, no se excluye que sean factor de riesgo para parto prematuro.

**GRAFICO 12. PARIDAD DE LA
POBLACIÓN EN ESTUDIO
n=17**

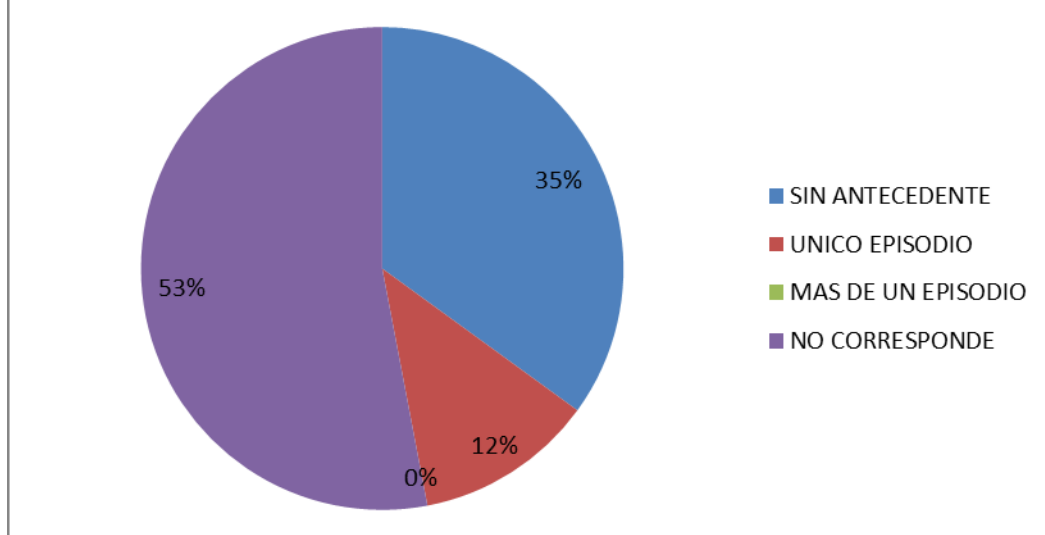


Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyulitán y Tapalhuaca

El 53% de las mujeres en estudio son primípara y un 47% son multíparas.

La multiparidad es un factor que propicia partos prematuros, debido a la sobre-distensión que se produce en los tejidos, esta variable se encuentra presente como factor importante para desencadenar parto prematuro.

GRÁFICO 13. ANTECEDENTE DE PARTO PREMATURO n=17

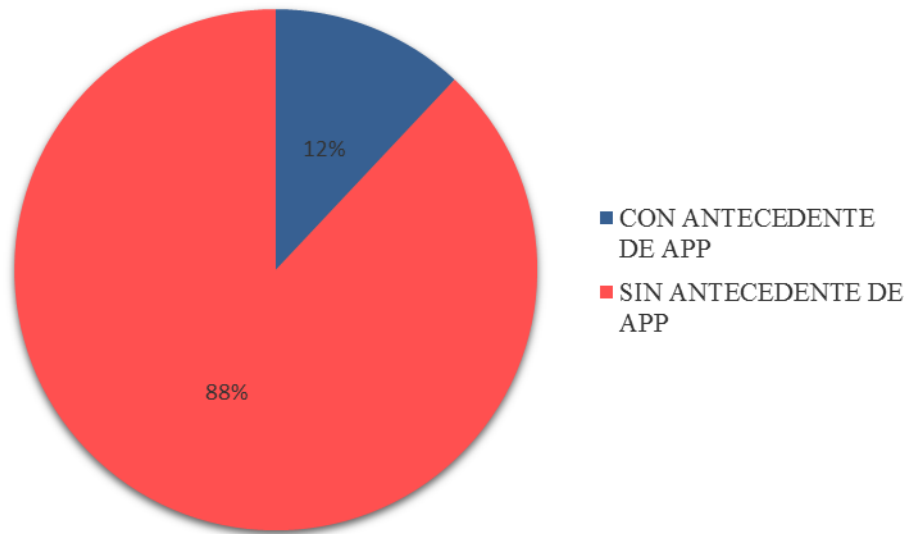


Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca

Tomando en cuenta que las multíparas representaron el 47% de la muestra en estudio, de estas el 12% presentó un único episodio de antecedente de parto prematuro y ninguna presentó más de un episodio.

Con un antecedente de parto pretérmino el riesgo aumenta del 10-15% de presentar un nuevo episodio de parto prematuro, si bien sólo fue el 25% del total de multíparas que presentaron este antecedente, esto favoreció que el último evento obstétrico finalizara en parto prematuro.

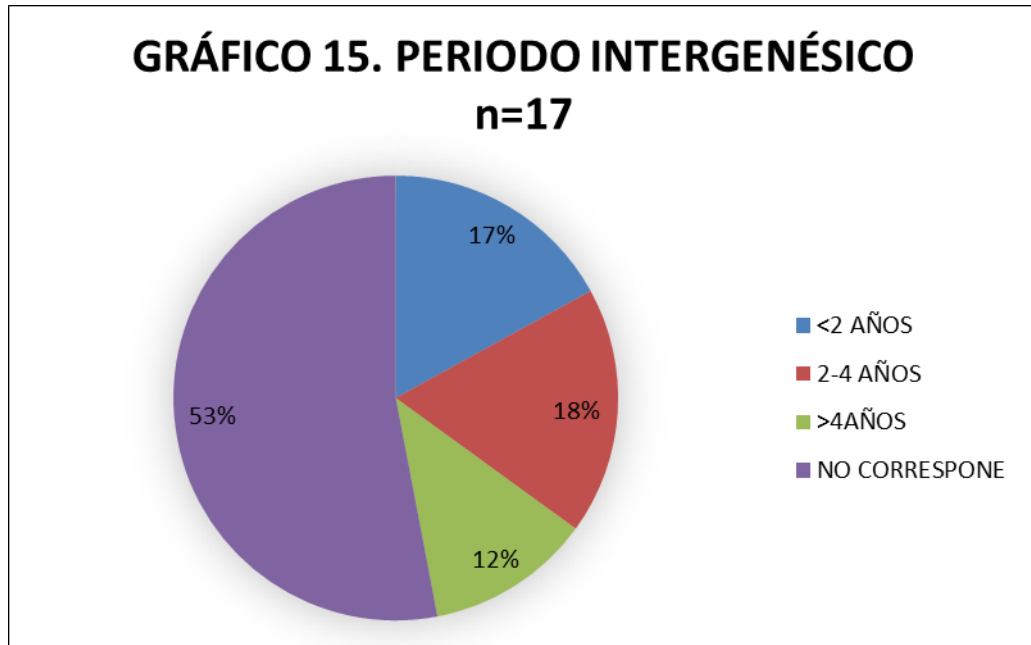
GRÁFICO 14. ANTECEDENTE DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN ÚLTIMO EVENTO OBSTÉTRICO
n=17



Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca

El gráfico mostró que el 88% de la población no tuvo antecedente de amenaza de parto prematuro y el 12% presentó al menos un episodio previo en el último evento obstétrico.

Amenaza de parto prematuro resuelta no excluye la posibilidad que dicho embarazo no alcance mas de las 37 semanas de amenorrea, pues las condiciones identificadas para ello dan lugar a maduración del cuello cervical y activación miometrial, lo que se evidenció en el 12% de los casos de parto prematuro.



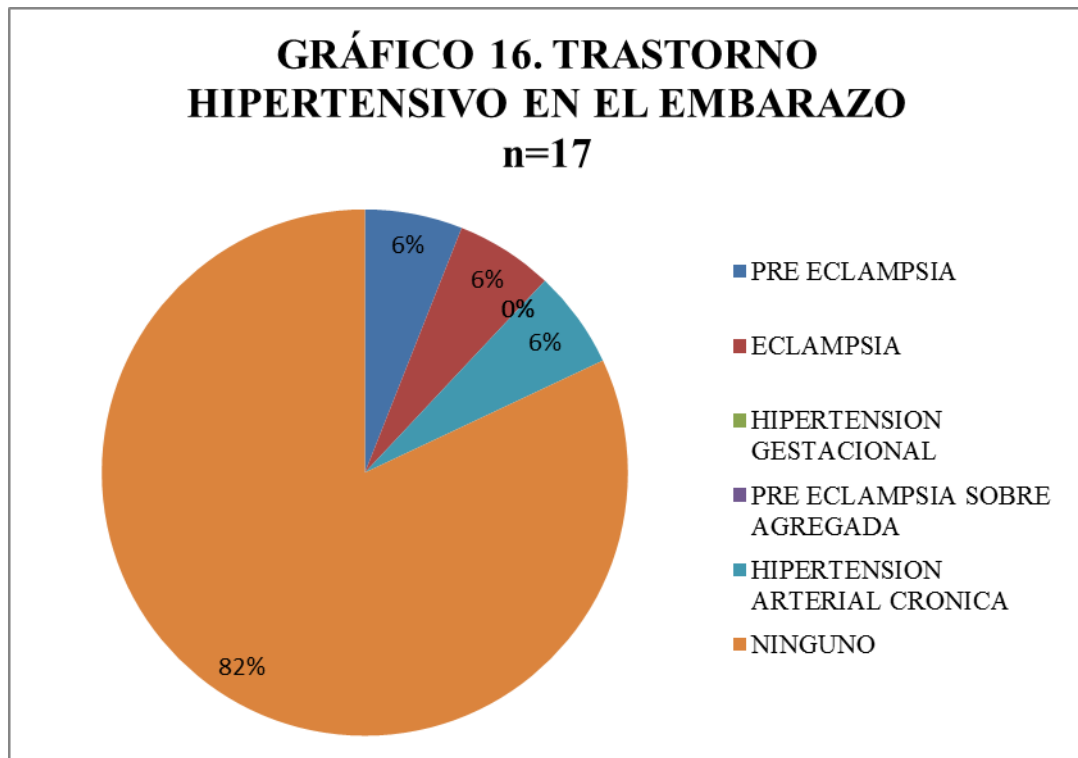
Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca

Del 47% de la multíparas, 18% correspondió a parto con periodo intergenésico normal entre 2 y 4 años, 17% en periodo corto menor a 2 años y 12% mayor a los 4 años.

Periodos intergenésicos menores de 18 meses y mayores de 59 meses predisponen a parto prematuro, variable que se comprobó en la población en estudio, ya que del total de multíparas, 61% finalizó en parto prematuro fuera del rango normal de 2 a 4 años.

- Establecer las patologías de la madre, la placenta o del feto asociadas a parto prematuro de las UCSF en estudio.

C. Patologías de la madre.



Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyulitán y Tapalhuaca

De los Trastornos Hipertensivos en el embarazo, se documentó que un 18% presentó algún problema englobado en dicha variable, siendo Preeclampsia, Eclampsia e Hipertensión Arterial Crónica las encontradas.

Según el estudio Parkland el 13% de los casos de partos prematuros es debido a Hipertensión, siendo una causa importante encontrada en la población en estudio con un 18% de los casos, lo que se aproxima a los porcentajes de la literatura.

TABLA 1. DIAGNÓSTICO DE DIABETES PREGESTACIONAL.

n=17

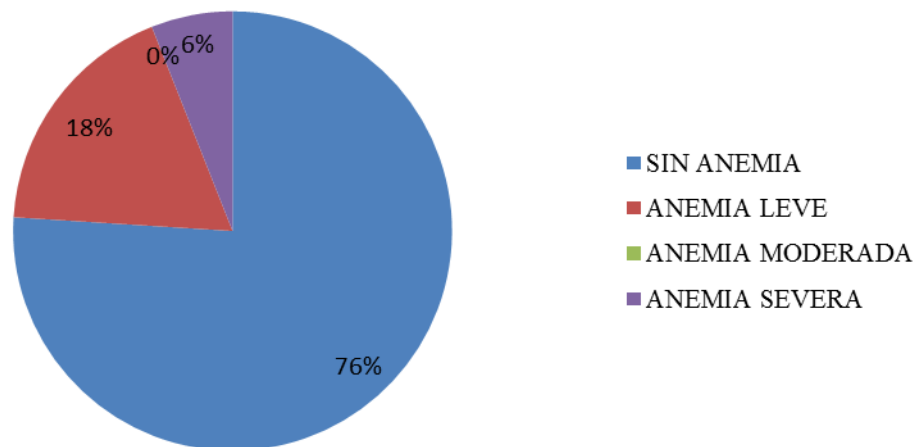
PACIENTE CON DIABETES PREVIO GESTACIÓN	NÚMERO DE MADRES	PORCENTAJE
PRESENTE	0	0%
AUSENTE	17	100%
TOTAL	17	100%

Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyulitán y Tapalhuaca

El 100% de las mujeres en estudio no presentó antecedente de Diabetes pregestacional.

La Diabetes pregestacional por si sola no es causa de parto prematuro, si no las complicaciones asociadas a ella, como Preeclampsia, Macrosomía y RCIU. En el estudio realizado esta variable no juega un papel importante por no contar con pacientes con antecedente de Diabetes, pero, no se puede descartar que sea un factor de riesgo para parto prematuro.

**GRÁFICO 17. ANEMIA DIAGNOSTICADA
POR VALOR DE HEMOGLIBINA
n=17**

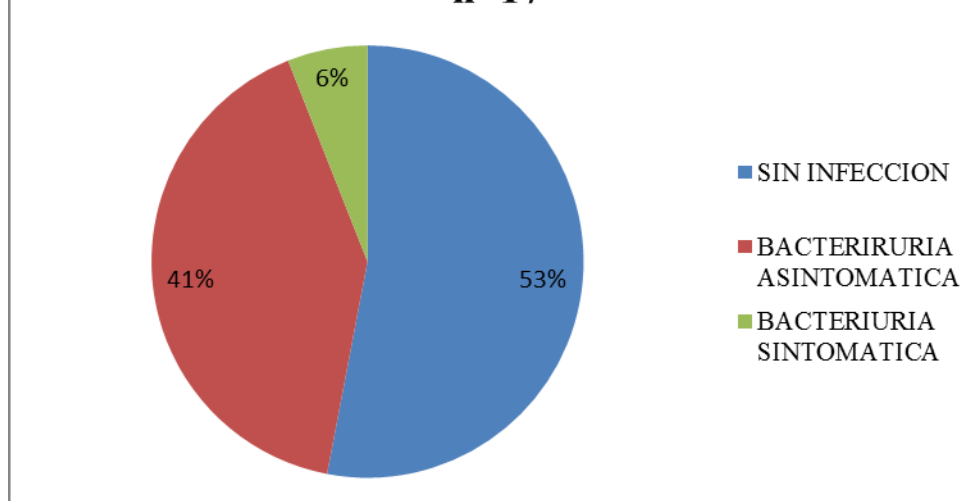


Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca

El 24% de las mujeres con parto prematuro presentaron anemia, de estas se encontró una paciente con anemia severa.

La anemia en la embarazada, independientemente de la causa, es un factor de alto riesgo de parto prematuro, pues supone un estrés para el producto, lo que se reflejó en el 24% de los casos obtenidos.

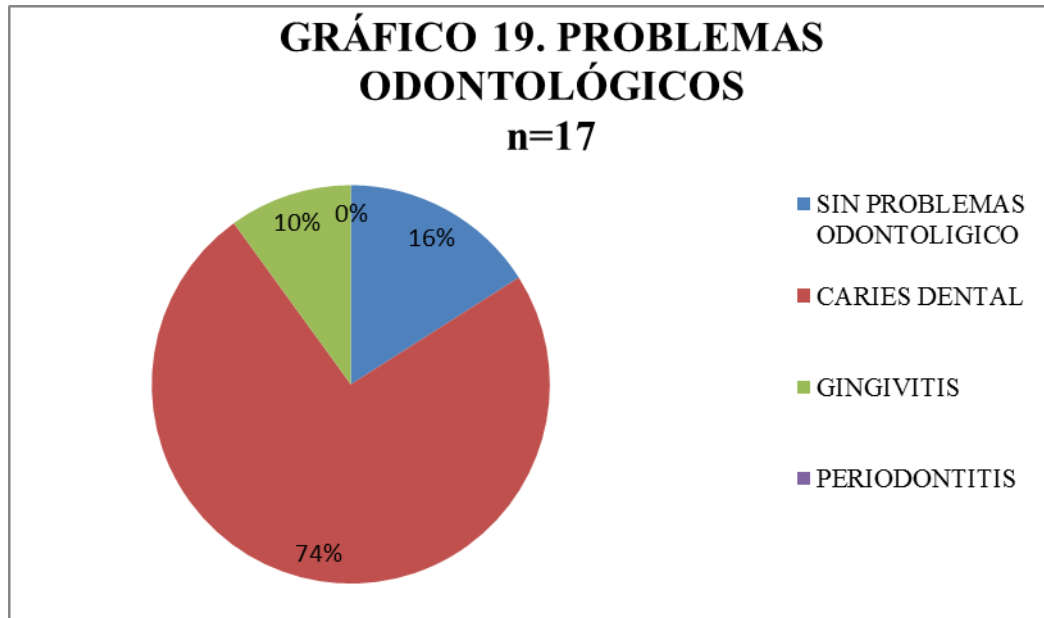
**GRÁFICO 18. ANTECEDENTE DE IVU
ARRIBA DE 20 SEMANAS DE
AMENORREA
n=17**



Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyulitán y Tapalhuaca

Según datos obtenidos, se evidenció que un 47% de las mujeres presentó infección de vías urinarias arriba de las 20 semanas de gestación, de estos el 41% desarrolló bacteriuria asintomática.

Las infecciones de vías urinarias arriba de las 20 semanas de amenorrea representan una causa importante de parto prematuro, al inducir trabajo de parto espontáneo, amenaza de parto prematuro y ruptura prematura de membranas, esta variable se ha encontrado en otros estudios como causa de parto prematuro, lo que se verificó en nuestra población.

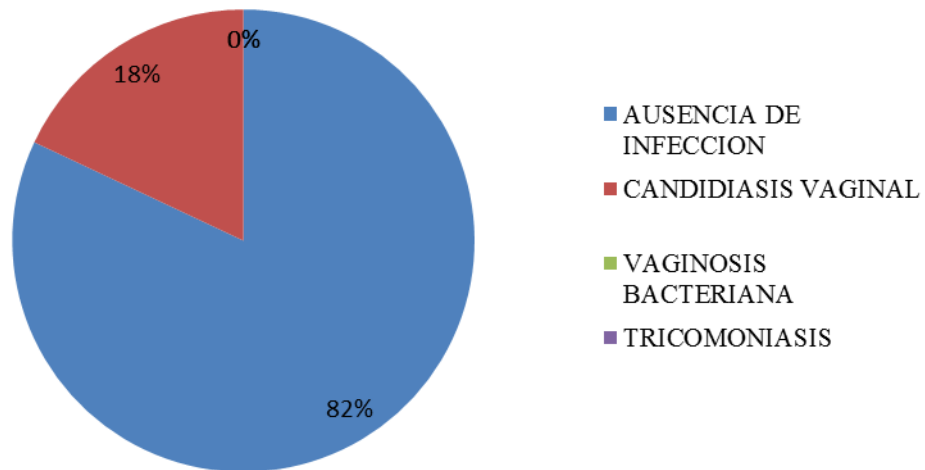


Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca

Los problemas odontológicos identificados en el estudio fueron caries dental con el mayor porcentaje (74%) y gingivitis con un 10%. Sin embargo en el 16% de los casos no se identificó algún problema.

Los problemas odontológicos aumentan 7 veces el riesgo de parto prematuro, lo que se confirmó a través del estudio, estableciéndolo como un factor de riesgo importante.

GRÁFICO 20. INFECCIONES VAGINALES DURANTE EL EMBARAZO
n=17



Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca

La infección vaginal identificada principalmente en la población en estudio fue candidiasis vaginal con un 18%, encontrándose libre de infección vaginal el 82% del total.

El porcentaje de infecciones vaginales son similares en no embarazadas como en embarazadas, de estas últimas se observa en un 6-32% de los casos, lo que coincide con los resultados obtenidos en el estudio.

TABLA 2. ANORMALIDADES CERVICO-UTERINAS PRESENTES EN POBLACIÓN EN ESTUDIO.

n=17

ANORMALIDADES CERVICO-UTERINAS	NÚMERO DE MADRES	PORCENTAJE
INCOMPETENCIA CERVICAL	0	0%
DILATACIÓN CERVICAL	0	0%
AUSENTES	17	100%
TOTAL	17	100%

Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca

El 100% de las mujeres en estudio no presentó anomalías cervicouterinas.

Las anomalías cervicouterinas por sí sola son causa de parto prematuro, al provocar disfuncionalidad del cuello uterino, que al no ser identificadas y tratadas oportunamente, conducirán a parto prematuro, sobre todo en la segunda mitad del embarazo. En el estudio realizado al no tener pacientes con anomalías cervicouterinas, no se puede descartar que sea un factor de riesgo para parto prematuro.

TABLA 3. ANORMALIDADES UTERINAS PRESENTES EN POBLACIÓN EN ESTUDIO.

n=17

ANORMALIDADES UTERINAS	NÚMERO DE MADRES	PORCENTAJE
ÚTERO NORMAL	0	0%
ÚTERO BICORNE	0	0%
ÚTERO TABICADO	0	0%
MIOMAS	0	0%
SIN ANOMALÍAS	17	100%
TOTAL.	17	100%

Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca

El 100% de las mujeres en estudio no presentó anomalías uterinas.

Las anomalías uterinas por sí sola son causa de parto prematuro, al provocar restricción para el crecimiento uterino junto al producto, que al no ser identificadas y tratadas oportunamente, conducirán a parto prematuro, sobre todo en la segunda mitad del embarazo. En el estudio realizado al no tener pacientes con anomalías uterinas, no se puede descartar que sea un factor de riesgo para parto prematuro.

TABLA 4. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PREVIAS DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

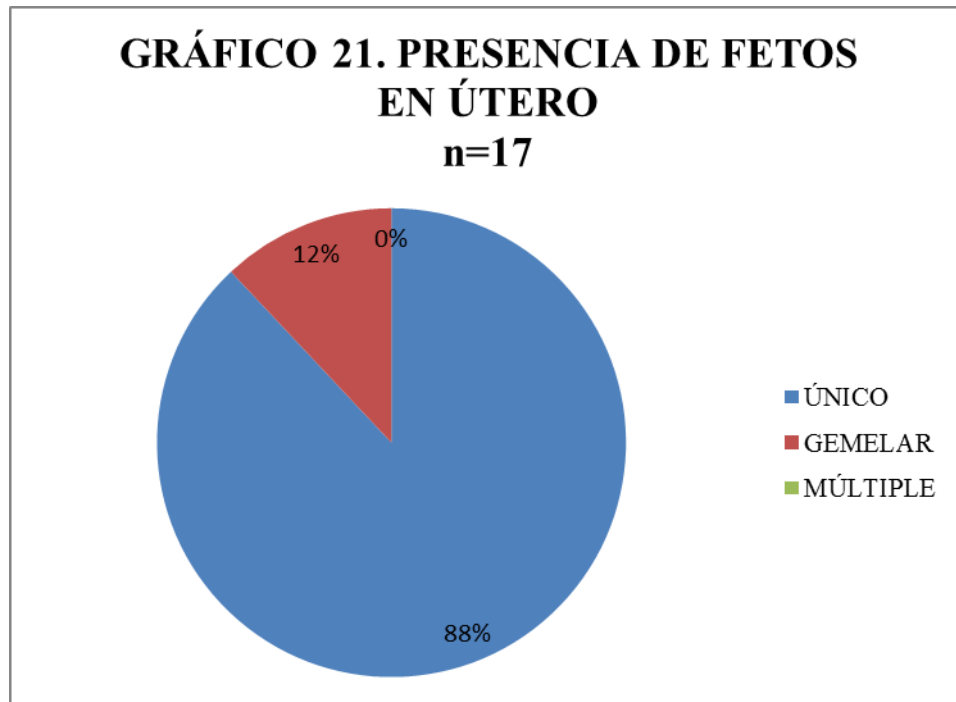
n=17

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DEL APARATO REPRODUCTOR	NÚMERO DE MADRES	PORCENTAJE
CONIZACIÓN	0	0%
CESÁREA BAJA TRANSVERSA	3	18%
LEGRADOS	0	0%
MIOMECTOMIA	0	0%
LAPARATOMIA GINECOOBSTETRICA	0	0%
RESECCIÓN DE TABIQUE	0	0%
CERCLAJE CERVICAL	0	0%
NINGUNA	14	82%
TOTAL.	17	100%

Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyulitán y Tapalhuaca.

El 18% de la población en estudio se encontró antecedente de cesárea y el 82% no tuvo algún antecedente.

Las intervenciones quirúrgicas previas del aparato reproductor femenino producen mayor riesgo de inserciones placentarias anormales, hemorragias obstétricas graves y parto prematuro. En el estudio realizado, si bien la mayoría de las mujeres no tuvo antecedente de cirugía previa, no se puede descartar que este sea un factor de riesgo para parto prematuro.



Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca.

Los datos obtenidos reflejaron que el 88% de los embarazos fueron fetos únicos y que el 12% de la muestra presentó parto gemelar.

Lo anterior coincide con la literatura, que los embarazos con 2 o más fetos en útero es factor de sobre-distensión uterina, lo que da lugar a trabajo de parto prematuro o rotura prematura de membranas. En el estudio el único embarazo gemelar finalizó en parto prematuro.

TABLA 5. ANORMALIDADES DE VOLUMEN DE LÍQUIDO AMNIÓTICO.

n=17

ANORMALIDADES DE VOLUMEN DE LÍQUIDO AMNIÓTICO	NÚMERO DE MADRES	PORCERNTAJE
OLIGOHDDRAMNIOS SEVERO	0	0%
POLIDRAMNIOS SEVERO	0	0%
NOLMAL	17	100%
TOTAL.	17	100%

Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca.

El 100% de las mujeres con parto prematuro no presentó anomalías del líquido amniótico.

Las anomalías del volumen del líquido amniótico en sus extremos son causa de sobre-distensión uterina, estrés fetal y óbito fetal. En el estudio realizado al no tener pacientes con anomalías del volumen del líquido amniótico, no se descarta que sea un factor de riesgo para parto prematuro.

D. Patologías de la placenta.

TABLA 6. PRESENCIA DE PLACENTA PREVIA SANGRANTE.

n=17

PRESENCIA PLACENTA PREVIA SANGRANTE	NÚMERO DE MADRES	PORCENTAJE
SIN PLACENTA PREVIA SANGRANTE	17	100%
PLACENTA PREVIA SANGRANTE	0	0%
TOTAL	17	100%

Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca.

El 100% de las mujeres con parto prematuro no presentó placenta previa sangrante.

La placenta previa sangrante es considerada una emergencia obstétrica que tiene mayor riesgo de ocurrir en el segundo trimestre del embarazo, por lo que ante esta condición es indicativo una cesárea inmediata independientemente de las semanas de amenorrea. En el estudio realizado al no tener pacientes con placenta previa sangrante, no se descarta que sea un factor de riesgo para parto prematuro.

TABLA 7. ABRUPTIO PLACENTARIO EN POBLACIÓN EN ESTUDIO.

n=17

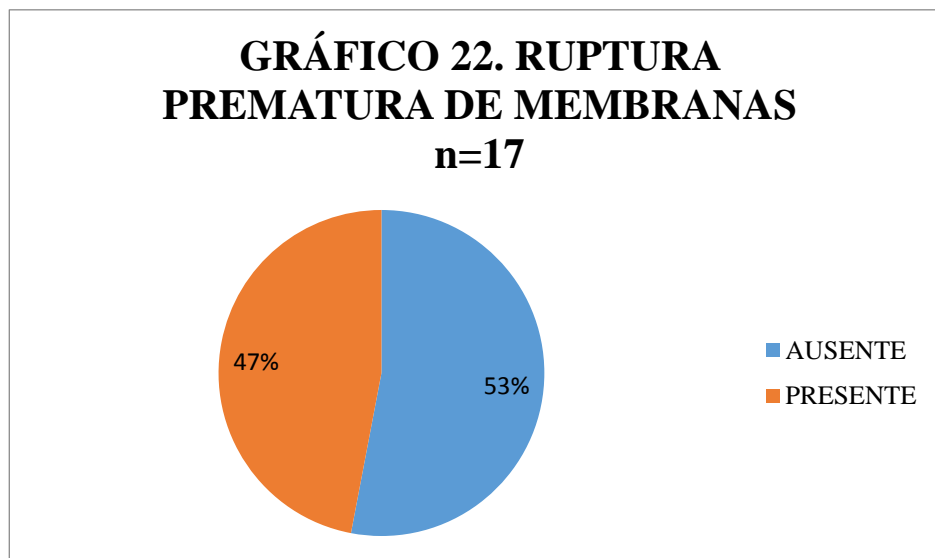
PRESENCIA DE ABRUPTIO DE PALCENTA	NÚMERO DE MADRES	PORCENTAJE
PRESENTE	0	0%
AUSENTE	17	100%
TOTAL.	17	100%

Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyulitán y Tapalhuaca.

El 100% de las mujeres con parto prematuro no presentó Abruption placentario.

El Abruption placentario tiene múltiples causas entre ellas los trastornos hipertensivos del embarazo, Diabetes, placentación anómala, traumatismo, entre otras, por lo que es considerada una emergencia obstétrica que al estar presente es indicativo una cesárea inmediata independientemente de las semanas de amenorrea. En el estudio realizado al no tener pacientes con abruption placentario, no se descarta que sea un factor de riesgo para parto prematuro.

GRÁFICO 22. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS n=17



Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca.

Se observó que el 47% de las mujeres con parto prematuro presentaron ruptura prematura de membranas.

En la revisión bibliográfica se expone que la ruptura prematura de membrana (RPM) tiene diversas causas, independientemente de cual sea, esta ocurre en un 10.7% de todos los embarazos y de ello el 5.5% son casos de parto prematuro, cuando esta ocurre hay una probabilidad del 30 al 40% que dicho embarazo concluya en parto prematuro. En la investigación se identificaron diversas patologías maternas que pudieron contribuir a la aparición de casos de RPM en un alto porcentaje.

E. Patologías fetales.

TABLA 8. PATOLOGÍAS FETALES PRESENTES EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

n=17

PATOLOGÍA FETAL	NÚMERO DE MUJERES	PORCENTAJE
ÓBITO	1	6%
ANENCEFALIA	0	0%
MIELOMENINGOCELE	0	0%
AGENESIA RENAL	0	0%
VACTERL	0	0%
NINGUNO	16	94%
TOTAL	17	100%

Fuente: Expedientes Clínicos y Libro de Prematuros de UCSF San Juan Talpa, Cuyultitán y Tapalhuaca.

De las patologías enlistadas en la tabla de resultados se observa un caso de óbito fetal representando un 6% del total de partos prematuros, el 94% restante no reportó patología fetal.

Las patologías fetales se asocian a otras, ya sean maternas o placentarias, que en conjunto pueden desencadenar parto prematuro. En el estudio realizado aunque el resultado haya sido bajo, no se descarta que sea un factor de riesgo para parto prematuro.

VIII. CONCLUSIONES.

- Se identificó un aumento del número de partos prematuros entre las 34-36 semanas de amenorrea en el presente año, en comparación con los años 2013 y 2014, en las tres UCSF en estudio.
- Las variables sociodemográficas de las mujeres gestantes son factores importantes para predecir el mayor riesgo de que un embarazo finalice en parto prematuro, de estas destacan el área de residencia rural y la ocupación materna.
- Las variables epidemiológicas como la multiparidad, antecedente de parto prematuro y un periodo intergenésico anormal, se encuentran presentes en la población; por lo que con la presencia de uno de estos aspectos se puede catalogar a un embarazo como de alto riesgo y tomar acciones tempranamente.
- La infección de vías urinarias en la mujer embarazada con más de 20 semanas de amenorrea, en la mayoría de los casos está asociada a ruptura prematura de membranas, lo que desencadena parto prematuro, estas patologías representan la causa con el mayor porcentaje de incidencia en la población estudiada.
- De los problemas odontológicos se destaca la caries dental como una de las principales causas de parto prematuro en la población estudiada, al inducir activación miometrial y ruptura prematura de membranas,
- Los Trastorno Hipertensivos del embarazo dan lugar a parto prematuro al producir un deterioro materno e inducir la finalización del embarazo independientemente de la amenorrea, encontrando en la población estudiada un porcentaje mínimo, sin embargo de todas las mujeres que la presentaron tuvieron parto prematuro.

IX. RECOMENDACIONES.

Al personal de salud:

- En la historia clínica ginecoobstétrica de la inscripción y control prenatal ha de indagarse con tal importancia las características sociodemográficas y epidemiológicas, pues muchos de estos son factores de riesgo modificables, así mismo introducir la atención preconcepcional para identificar y modificar los factores de riesgo tempranamente y la planificación familiar para evitar la multiparidad.
- Dar tratamiento farmacológico a las infecciones de vías urinarias en las mujeres embarazadas, seguimiento con exámenes de laboratorio y referencia oportuna a aquellos casos de fracaso, resistencia o recaída.
- Dar profilaxis y manejo odontológico adecuado a las mujeres embarazadas que asisten a control prenatal, para prevenir agravamiento de los problemas odontológicos y evitar complicaciones como el parto prematuro.
- Brindar referencia oportuna, según niveles de referencia, al identificar pacientes con Trastornos Hipertensivos del embarazo para su adecuado y correcto tratamiento, para evitar complicaciones maternas y fetales.

A la Universidad:

- Reforzar en el pensum del pregrado de Doctorado en Medicina la importancia de una historia clínica completa, indagando aspectos sociodemográficos, epidemiológicos, patologías previas y actuales de las mujeres embarazadas, para una pronta identificación de factores de riesgo y así tomar acciones tempranas y oportunas, para evitar partos prematuros y morbi-mortalidad perinatal.

Al Ministerio de Salud:

- Continuar con capacitaciones y aplicando los Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, parto, puerperio y recién nacido para la detección y tratamiento oportuno de enfermedades; también dando importancia a los aspectos epidemiológicos, por lo que se debe influir en cambios que mejoren tanto el estado nutricional, como las prácticas sexuales y reproductivas; siendo la planificación familiar, una de las estrategias más importantes a promover y ofrecer a las pacientes para evitar la excesiva multiparidad y los periodos intergenésicos extremadamente cortos o muy prolongados; reduciendo así, los partos prematuros.

X. BIBLIOGRAFIA.

- Obstetricia. Schwarcz, Ricardo; Fescina, Ricardo; Duverges, Carlos. 6° edición.
- Williams Obstetricia. Cunningham, Gary; Leveno, Kenneth; Bloom, Steven. 23° edición.
- Vaginosis bacteriana y sus consecuencias en mujeres embarazadas en la unidad de salud Planes de Renderos de enero 2008 a junio 2010. Valenzuela, Mirna Johana; Valladares, Ángel; Varela, Héctor. UES, 2010.
- Factores maternos presentes en nacimientos prematuros atendidos en Hospital Nacional de Maternidad en los meses de junio a agosto 2005. Alvarado, Juan Carlos; Abrego, Yesenia; Peña, José Mauricio. UES, 2006.
- Normas de atención ginecológica y obstétrica. Hospital Nacional de Maternidad. 3° edición, 2002.
- Factores predisponentes de infecciones de vías urinarias y su incidencia en la amenaza de partos prematuros. Parada, Verónica. UES, 1995.
- Factores predisponentes a infección de vías urinarias en embarazadas. Alfaro, Laura. UES, 2004.
- www.who.int Nacimientos prematuros y Nacidos demasiado pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. OMS, 2012.
- www.sjis.salud.gob.sv Sistema de Información en Salud (SIMMOW), Ministerio de Salud, El Salvador.
- Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y recién nacido. MINSAL. 2012.
- <http://lema.rae.es/drae> Diccionario disponible en internet de la Real Academia de la Lengua Española, 22° ed. 2012.
- Guías clínicas de ginecología y obstetricia. MINSAL, 2012.
- Harrison: principios de Medicina Interna. Fauci, Anthony. Brauwald, Eugene y colaboradores. Editorial McGraw Hill, 17° ed. 2009.

XI. ANEXOS.

Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Escuela de Medicina.

Instrumento de medición. Llenado de lista de cotejo revisión de expediente clínico y libro de prematuro de las UCSF en estudio.

Tema: Patologías asociadas a presentación de partos prematuros, en pacientes de las unidades comunitarias de salud familiar Cuyultitán, San Juan Talpa y Tapalhuaca, enero 2013 - junio 2015.

Metodología. Con los datos de expediente clínicos y libro de prematuros, llenar correctamente lista de cotejo.

A. Características socio-demográficas.

1. Unidad de salud.

Ucsf Cuyultitán,
Ucsf San Juan Talpa.
Ucsf Tapalhuaca.

2. Año de verificación del parto prematuro.

2013
2014
2015

3. Amenorrea del parto prematuro.

22 - 28 semanas de amenorrea
28 - 32 semanas de amenorrea
32 - 34 semanas de amenorrea
34 - 36 semanas de amenorrea

4. Edad de la madre.

10 – 18 años.
19 – 35 años.
Mayor de 35 años.

5. Nivel educativo.

Analfabeta.
Básica.
Bachiller.
Técnico.
Universitario.

6. Área de residencia.

Rural.
Urbana.

7. Estado civil.

Soltera.
Casada.
Unión estable.

8. Ocupación materna.

Ama de casa.
Trabajo formal.
Trabajo informal.

9. Violencia intrafamiliar.

Ninguna.
Física.
Psicológica.

Económica.

Sexual.

B. Características epidemiológicas.

10. Consumo de drogas. (se pueden marcar más de uno).

Ninguna

Tabaquista

Etilista

Consumo de otras drogas

11. IMC al momento de inscripción prenatal.

Peso Normal: 18.5 – 24.9 Kg/m²

Bajo peso: < 18.5 Kg/m².

Sobrepeso: 25 - 29.9 Kg/m²

Obesidad: ≥30 Kg/m².

12. Paridad

Primigesta.

Múltipara.

13. Antecedentes de parto prematuro.

Sin antecedentes.

Episodio único.

Más de un episodio.

No corresponde

14. Antecedente de amenaza de parto prematuro.

Sin antecedente.

Con antecedente.

No corresponde

15. Periodo intergenésico.

Normal.

Corto.

Prolongado.

No corresponde.

C. Patologías de la madre.

16. Presentó algún trastorno hipertensivo del embarazo.

Preeclampsia

Eclampsia

Hipertensión gestacional

Preeclampsia sobreadregada a HTAC

Hipertensión arterial crónica

Ninguna

17. Paciente con antecedente de diabetes mellitus previo a gestación.

Presente.

Ausente.

18. Diagnóstico de anemia por valor de hemoglobina.

Sin anemia.

Leve.

Moderada.

Severa.

19. Infección de vías urinarias arriba de las 20 semanas de gestación.

Sin infección

Bacteriuria asintomática

Bacteriuria sintomática

20. Paciente recibió atención odontológica por alguna de las siguientes patologías. (puede seleccionar más de una)

Caries dental.

Gingivitis.

Profilaxis.

21. En algún momento de Embarazo se evidencia infección vaginal. (se puede seleccionar más de una opción)

Sin infección.

Candidiasis vaginal.

Vaginosis bacteriana.

Tricomoniasis.

22. Presenta alguna anomalías cervicouterina.

Dilatación.

Insuficiencia.

Ninguna.

23. Presenta anomalías uterinas.

Útero normal.

Bicorne.

Tabicado.

Miomas uterinos.

24. Intervención quirúrgica del aparato reproductor femenino previa.

Laparotomía ginecoobstetrica.

Cesárea

Legrado uterino

Cerclaje cervical

Conización

Miomectomia

Ninguno

25. Presencia de dos o más fetos in útero.

Embarazo único.

Embarazo gemelar.

Embarazo múltiple.

26. Anomalías del volumen del líquido amniótico.

Normal.

Polihidramnios severo

Oligohidramnios severo.

D. Patologías de la placenta.

27. Presencia de placenta previa sangrante.

Con placenta previa sangrante.

Sin placenta previasangrante.

28. Presencia de abrupcio de placenta.

Con abrupcio placentario.

Sin abrupcio placentario.

29. Ruptura de membranas prematura.

Presente.

Ausente.

E. Patologías fetales.

30. Feto presenta anomalías congénitas capaces de inducir parto prematuro.

Óbito

Anencefalia

Mielomeningocele

Agenesia renal

VACTERL

Ninguno.

